대한한의학회지 제27권 제2호(2006년 6월)
J Korean Oriental Med 2006;27(2):44-56

원 저

최근 3년간 일개 불임전문 한방병원에 내원한 불임환자의 실태분석과 한방불임치료정책에 대한 제언

권수경[2], 강명자[2], 김동일[1]

동국대학교 한의과대학 한방부인과학 교실[1], 꽃마을한방병원[2]

A Study on the Status of Patients with Infertility in a Department of Oriental Gynecology for the last Three Years and on the Future Policy of Infertility Treatment in Oriental Medicine

Su-Kyung Kwon, Myung-Ja Kang, Dong-Il Kim

Department of Gynecology, College of Oriental Medicine, Dong-guk University

Objectives : This study was to analyze the status of patients with infertility in the department of oriental gynecology in an oriental medical hospital and propose infertility treatment in oriental medicine.

Methods : This study was presented with 2,153 cases of infertile women who had visited the department of oriental gynecology in one oriental hospital in Seoul from 2002 to 2004.

Results : The total number infertile patients has decreased year by year. The age range of patients was getting higher and the age group between 30 and 35 took up about one half of the total patients. The duration of infertility for less than 3 years held about 50-60% of the total patients, and the mean duration of infertility was 39.18±29.57 months (2004). The most common occupations of females were professionals or administrative managers. The secondary infertility was increasing and unexplained infertility increased from 38.2% (in 2002) to 54.4% (in 2004). However the duration of treatment was shorter. This shows that the age range of the patients having oriental-medicine treatment is gradually getting higher and the number of the patients having oriental-medicine treatment and compliance is decreasing.

Conclusions : More studies about objectification of oriental medicine need to precede any other studies. Then, it is thought to be necessary to rebuild cooperative relationships between oriental & western medicine through systematic research and political supports and to establish firm foundations of oriental medicine.

Key Words: infertility, oriental medicine, public policy.

서 론

불임이란 결혼한 부부가 피임을 하지 않고 정상적인 성관계를 하는데도 1년 이내에 임신이 되지 않는 경우를 말한다[1]. 미국의 National Survey

· 접수 : 2006년 4월 9일 · 논문심사 : 2006년 4월 13일
· 채택 : 2006년 6월 14일
· 교신저자 : 김동일, 경기도 고양시 일산동구 식사동 814
동국대학교 한방병원 여성의학과
(Tel: 031-961-9062, Fax: 031-961-9009,
E-mail: obgykdi@hanmail.net)

of Family Growth의 자료에 따르면 불임의 유병률은 1965년에 13.3%, 1982년에 13.9%, 1988년에 13.7%로 거의 변화가 없다가 1995년에 발표된 자료에 의하면 6명의 여성당 1명이 불임이라고 하여 약간 증가하는 추세를 보여주고 있다[2]. 2003년 한국보건사회연구원에 의한 국내보고에서도 전국 표본조사에서 추출된 15-44세의 배우자가 있는 여성 6,933명 중 13.5%가 불임증 환자였으며 35-39세가 전체 불임여성의 32.6%를 차지하여 가장 높았다[3].

불임이 증가하는 데는 여러 가지 원인이 있겠지만, 특히 점차 결혼연령이 늦어지는 사회적 경향에 의하여 생산능력이 감소되는 30세 이후의 임신·출산의 증가, 난관의 결손을 가져올 수 있는 성병 발생빈도의 증가 및 계획된 출산을 위한 피임방법의 지나친 사용의 증가 등을 들 수 있다[4]. 실제로 통계청의 자료를 살펴보면 초혼연령이 1960년에는 남자 26.4세, 여자 21.6세였던 것이 1980년에 남자 27.3세, 여자 24.1세로 늘어났으며 2000년에는 남자 30.3세, 여자 27.1세로 남녀모두 3.0세가 늘어났다. 특히 지난 40년간 남자의 초혼연령은 3.9세가 늘어난 반면 여자의 초혼연령은 5.5세나 늦어졌다[5]. 이는 경제사회의 변화가 여자의 혼인력에 더 민감하게 작용한 것으로 보인다. 또 이는 출산연령의 증가(2003년 出産 母의 평균연령 29.8세)와 합계출산율(2003년 1.19명)의 저하[6]로 이어져 최근 심각한 사회문제로 제기되고 있다. 이처럼 출산율의 저하로 인한 국가경쟁력 약화에 대한 우려가 대두되고 이에 대한 국가적 차원의 정책마련에 대한 요구가 높아지는 추세에 따라, 최근에는 불임환자의 시험관아기 시술에 대한 정부차원의 지원이 시작되고 있다.

불임을 치료하는 방법은 치료제와 보조생식술의 발달로 다양한 방법들이 존재하고 있으며, 특히 서양의학(이하 양방)에서는 대한산부인과학회의 재정지원하에 매년 한국 보조생식술의 현황 조사보고서를 작성하여 시술의 발전, 부작용의 감소와 임신성공율 향상을 위한 노력을 시행하고 있는 등 불임치료에 대한 연구가 활발히 진행되고 있다[7,8]. 이에 따라 체외수정시술(IVF-ET) 등 보조생식술이 연간 7000례 이상 시행되고 있으며 그 수가 증가되고 있을 뿐 아니라 치료성적도 개선되고 있다[7].

한편 한의계에서는 불임환자에 대한 전반적인 실태분석과 이에 대한 정책수립이 미흡한 실정이다. 불임환자가 점점 늘어가는 추세를 볼때 한의계에서도 체계적으로 불임환자에 대한 연구를 시행해야 하며 불임환자의 관리 및 한방 불임치료영역의 확대를 위한 지원 및 정책이 필요할 것으로 생각된다.

따라서 본 연구는 최근 3년간 서울에 소재한 일개 불임치료 한방병원에 내원한 불임환자의 실태를 분석하여 기존 연구의 보여지는 불임환자의 특성과 비교분석하여 향후 불임에 대한 한방정책을 모색하며 앞으로 불임치료에 한방치료가 기여할 수 있는 방안을 위한 기초자료를 제시하는데 그 목적을 두었다.

대상 및 방법

1. 연구대상

2002년 1월 1일부터 2004년 12월 31일까지 불임을 주소로 서울 소재의 모 한방병원에 내원한 2153명(2002년 803명, 2003년 758명, 2004년 592명)의 의무기록을 후향적으로 분석하였다.

2. 연구항목

나이, 직업, 거주지, 불임기간, 불임원인, 한방치료기간, 임신보고환자의 불임원인별 분포, 양방병원내원여부와 한방치료기간과의 관계, 보조생식술여부와 한방치료기간과의 관계, 임신보고시 향후대책

3. 통계분석

데이터는 통계프로그램 SPSS 12.0 for windows

Table 1. Age Distribution

	2002	2003	2004
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
21-25	2 (0.2)	4 (0.5)	1 (0.2)
25-29	252 (31.4)	196 (25.9)	139 (23.5)
30-34	390 (48.6)	411 (54.2)	306 (51.7)
35-39	130 (16.2)	128 (16.9)	120 (20.3)
40-50	29 (3.6)	19 (2.5)	26 (4.4)
Total	803	758	592
Mean±S.D.	31.7±3.64	31.7±3.51	32.25±3.67

Table 2. Occupational Distribution

	2002	2003	2004
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Salespersons or Services	45 (5.6)	39 (5.1)	34 (5.7)
Professionals or administrative managers	221 (27.5)	189 (24.9)	173 (29.2)
Office workers	150 (18.7)	149 (19.7)	114 (19.3)
Technicians	27 (3.4)	25 (3.3)	12 (2.0)
Housewives	353 (44.0)	346 (45.6)	247 (41.7)
Students	7 (0.9)	10 (1.3)	12 (2.0)
Total	803	758	592

를 사용하였다. 연구대상자들의 일반적 특성은 연도별로 실수, 백분율 등의 기술통계방법을 이용하였으며, 보조생식술여부 및 양방병원 내원여부와 한방치료기간과의 관계는 Pearson chi-square test를 이용하였으며 $p<0.05$를 유의수준으로 하였다.

결 과

1. 연도별 불임증 환자의 내원연령 분포

2002년 한방병원 내원환자의 평균연령은 31.7±3.64세였으나 2004년에는 32.25±3.67세로 증가하였으며, 35세 이상의 환자의 비율이 2002년 19.8%에서 2004년에는 24.7%로 증가하였다(table 1).

2. 연도별 불임증 환자의 직업분포

내원환자의 직업별 분포는 연도별로 큰 차이는 없었다. 주부의 비율이 가장 높았으며 전문, 행정관리직이 그 다음으로 많았다. 사무직과 학생의 비율은 약간 증가한 반면 기술직은 감소하는 경향을 보였다(Table 2).

3. 연도별 불임증 환자의 거주지 분포

조사대상 한방병원이 서울에 위치하고 있는 관계로 내원환자의 80% 내외의 비율이 서울, 인천, 경기지역에 밀집되어 있으며 이러한 밀집현상은 계속 증가되었다(Table 3).

4. 연도별 불임기간 분포

불임기간이 3년이하 일때 한방병원에 내원하는 경우가 가장 많았다(Table 4).

Table 3. Residence Distribution

	2002	2003	2004
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Seoul	332 (41.3)	359 (47.4)	280 (47.3)
Gyeonggi	258 (32.1)	243 (32.1)	187 (31.6)
Gangwon	12 (1.5)	24 (3.2)	15 (2.5)
Gyeongsang	24 (3.0)	14 (1.8)	8 (1.4)
Jeolla	29 (3.6)	14 (1.8)	11 (1.9)
Chungcheong	38 (4.7)	16 (2.1)	13 (2.2)
Inchon	38 (4.7)	28 (3.7)	31 (1.2)
Daejeon	25 (3.1)	9 (1.2)	7 (1.2)
Busan	9 (1.1)	5 (0.7)	6 (1.0)
Daegu	7 (0.9)	4 (0.5)	6 (1.0)
Gwangju	12 (1.5)	5 (0.7)	3 (0.5)
Ulsan	0	4 (0.5)	1 (0.2)
Jeju	0	2 (0.3)	1 (0.2)
Foreign countries	19 (2.4)	31 (4.1)	23 (3.9)
Total	803	758	592

5. 연도별 불임분류에 따른 분포

한방병원에 내원하는 환자들 중 원발성 불임환자의 비율이 속발성 불임환자보다 더 많은 비율을 차지하고 있었다. 원발성 불임환자와 속발성 불임환자의 비율은 대략 6:4였다(Table 5).

6. 불임원인의 분포

Table 6은 이전의 양방병원에서 불임검사를 하고 온 환자들의 불임원인을 조사한 것이다. 인자별로 살펴보면, 원인불명의 불임이 2002년 38.2%에서 2004년 54.4%로 점점 증가하였으며 남성인자 또한 증가하였다. 그러나 자궁인자, 난관인자, 복막인자, 난소인자 등의 비율은 점점 감소하였다(table 6).

7. 연도별 한방치료기간의 변화

한방치료기간은 1개월 미만의 치료기간이 점차 증가하고 있었으며 3개월 이상 치료받은 환자는 감소하였다(Table 7).

Table 4. Duration of Infertility

	2002	2003	2004
	No (%)	No (%)	No (%)
Less than 3 years	414 (51.6)	403 (53.2)	347 (58.6)
3-6 years	314 (39.1)	284 (37.5)	195 (32.9)
7-10 years	56 (7.0)	52 (6.9)	35 (5.9)
More than 10 years	19 (2.4)	19 (2.5)	15 (2.5)
Total	803	758	592
Mean±S.D.	42.39±29.92	41.78±30.34	39.18±29.57

Table 5. Frequency of Primary and Secondary Infertility

	2002 No. (%)	2003 No. (%)	2004 No. (%)
Primary infertility	538 (67.0)	430 (56.7)	370 (62.5)
Secondary infertility	265 (33.0)	328 (43.3)	222 (37.5)
Total	803	758	592

Table 6. Distribution of Infertility Factors in Female Patients

	2002 No. (%)	2003 No. (%)	2004 No. (%)
Cervical	15 (2)	10 (1.4)	11 (2)
Uterine	78 (10.2)	57 (7.8)	28 (5)
Tubal	94 (12.3)	75 (10.2)	54 (9.6)
Peritoneal	60 (7.9)	42 (5.7)	29 (5.1)
Ovulatory	150 (19.7)	111 (15.1)	67 (11.9)
Immunological	2 (0.3)	2 (0.3)	0
Chromosome aberration	1 (0.1)	2 (0.3)	2 (0.4)
Male	71 (9.3)	94 (12.8)	66 (11.7)
Unexplained	291 (38.2)	342 (46.5)	307 (54.4)
Total	762	735	564

8. 임신보고 환자의 불임원인별 분포

한방병원에 임신보고를 한 환자들만을 대상으로 분석하였으며(Table 8) 이들 중 원인불명 환자 임신비율이 점차 증가하고 있었다. 단, 불임검사를 하지 않은 경우의 임신보고는 제외하였다.

9. 임신보고 환자의 임신후 한방치료 여부

한방병원에서 불임치료 후 임신을 한 뒤 한방치료를 전혀 받지 않은 환자는 임신보고환자 전체의 32.4%였으며, 임신중 한약을 복용한 환자는 전체 임신보고환자의 40.7%를 차지하였다. 또 출산이나 유산후 산후조리약을 복용한 환자는 전체 임신보고환자의 34.6%였다(Table 9).

10. 이전 양방병원 내원여부와 한방치료기간과의 관계

이전의 양방병원에 내원 유무와 한방치료기간은 통계학적으로 유의한 차이가 있었다(p=0.000). 즉 이전에 양방병원에 내원한 환자들이 한방치료 순응도가 더 높은 경향을 보였다(Table 10).

11. 보조생식술 여부와 한방치료기간과의 관계

이전에 보조생식술 경험유무와 한방치료기간과의 사이는 통계학적으로 유의한 차이가 있었다(p=0.000). 즉 이전에 보조생식술의 경험이 없던 환자들의 한방치료 순응도가 더 높은 경향을 보였다(Table 11).

고 찰

1. 불임증에 대한 한의학적 인식과 선행연구에 관한 고찰

불임은 동서양과 고금을 막론하고 인류의 종족 보존이라는 관점에서 중요시되어 왔으며, 특히 동양의학에서는 '求嗣之道'라 하였다. 한의학에서는 無子 또는 不孕을 不姙의 의미로 표현하고 있는

Table 7. Duration of Treatment

year		No. (%)
2002	Less than 1 month	245 (30.5)
	2-3 months	333 (41.46)
	More than 3 months	225 (28)
	Total	803
2003	Less than 1 month	309 (40.76)
	2-3 months	256 (33.77)
	More than 3 months	193 (25.46)
	Total	758
2004	Less than 1 month	263 (44.42)
	2-3 months	240 (40.54)
	More than 3 months	89 (15.02)
	Total	592

데, 이외에도 불임과 관련이 있는 명칭으로는 '斷産', '絶嗣', '絶子' 等이 있다. 원발성 불임은 <脈經>[9]等에서 '無子', <備急千金要方>[10]等에서 '全不産'이라고 稱하였고, 속발성 불임은 <備急千金要方>[10] 等에서 '斷續' 등으로 稱하였다[11]. 또한 임신의 성립기전을 種子 또는 求嗣로 설명하였으며 고전에서는 <種子門>이나 <求嗣門>에서 이를 취급하고 있다[11].

여성불임의 원인에 관해서는 素問 <骨空論>에서 가장 먼저 언급된 이후, 隨의 巢元方이 체계화시키고 靑代의 陳士鐸, 武之望, 葉天士, 傅靑主 등이 세분화 하였다[12].

한의학에서는 여성불임의 원인을 자궁이나 난소이상 등 기질적인 측면보다는 子宮虛寒이나 氣血虛, 月經不調, 陰虛, 七情傷, 寄經病 等과 같은 기능적인 측면에 더 비중을 둔데 반해 서양의학에서는 기질적인 측면에 더 많은 원인을 둔 것이 특징이라 할수 있다[11].

최근 불임에 관한 국내 연구는 임상적 성과를 보고하는 논문보다는 문헌고찰[11-12] 또는 현재 중국에서 행해지고 있는 불임치료에 관한 고찰[13-16] 등이 다수를 차지하고 있다. 임상논문으로는 김동

Table 8. Distribution of Infertility Factors in Post-Treatment Women Reported Pregnancy

	2002	2003	2004
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Cervical	4 (4.3)	0	1 (2.3)
Uterine	8 (8.6)	1 (2.2)	3 (7.0)
Tubal	8 (8.6)	6 (13.3)	4 (9.3)
Peritoneal	5 (5.4)	2 (4.4)	1 (2.3)
Ovulatory	28 (30.1)	6 (13.3)	3 (7)
Immunological	0	0	0
Chromosome aberration	0	1 (2.2)	0
Male	6 (6.5)	8 (17.8)	4 (9.3)
Unexplained	34 (36.6)	21 (46.7)	27 (62.8)
Total	93	45	43

Table 9. Oriental Treatment in Pregnancy or Postpartum

Oriental treatment		No.	%
No		58	32.1
Yes	pregnancy	60	33.1
	postpartum or after abortion	49	27.1
	pregnancy and postpartum	14	7.7
Total		181	100

Table 10. Western hospital visiting and Duration of Treatment

	Western hospital visiting		x2	p-value
	No	Yes		
Less than 1 month	63(7.7%)	754(92.3%)		
1-3 months	33(4.0%)	796(96.0%)	18.275	0.000***
More than 3 months	15(3.0%)	491(97.0%)		

Significant P value was calculated with Pearson chi-square test.

일 등[17]의 불임치료과정 중에 생긴 자궁외임신 1례에 관한 보고와 최은미 등[18]의 조기난소부전으로 인한 불임환자의 임상분석, 황태원 등[19]의 배란장애로 인한 속발성 불임환자 1례의 임상보고, 김동일 등[20]의 자궁내막증 및 만성 지속성 간염과 병발한 월발성 불임증 1례에 대한 치험보고 등에 관한 논문 등이 있었으며, 불임환자의 임상진단에 관한 논문[21-22] 등이 있었으나 이들은 증례보고 위주의 논문이었다. 또 불임환자 실태분석에 관한 논문은 이희상 등[23]이 보고한 대전대학교에 내원한 불임환자 50례에 관한 분석논문이 나온 이래 최근 위효선 등[24]이 보고한 꽃마을 한방병원에 불임을 주소로 내원한 환자의 실태분석에 관한 연구가 지금까지 한의계에 내원하는 불임환자에 관한 분석 중 가장 대규모의 연구였다.

2. 한방병원에 내원한 불임환자의 분석

한방병원에 내원하는 불임환자의 연령은 갈수록 높아지고 있다. 25-29세의 비율은 2002년 31.4%에서 2004년 23.5%로 줄어든 반면, 30-34세의 비율은 2002년 48.6%에서 2004년 51.7%로, 35세 이상의 비율은 2002년 19.8%에서 2004년 24.7%로 점차 증가하고 있다. 이는 여성의 경제활동 참여율의 증가와 결혼연령의 상승 등에 그 원인이 있을 것으로 생각된다. 한의학에서는 <素問·上古天眞論>[25]에 "女子 五七 陽明脈衰…" 라 하여 陽明脈의 기능쇠약이 일어나기 시작하는 35세 이후에 임신율이 떨어지는 것으로 보고 있으며, 서양의학에서도 여성의 생식력은 35세 이후에 급격이 떨어지는 것으로 알려져 있다[26]. 따라서 이처럼 내원연령이 높아지는 것은 그만큼 치료율이 떨어질 것이라는 것을 예상할 수 있다.

본 연구에서는 의무기록을 후향적으로 분석한 것이고 진료당시 환자의 학력을 기재하지 않아 직업분류로 학력을 보정하였다. 한방병원에 내원한 환자층은 주부가 가장 많았으며, 그 다음이 전문·행정·관리직으로 전체환자의 27-29%를 차지하였다. 이신옥[4]의 연구에도 양방 불임클리닉에 내원한 환자의 62.5%가 대졸로 보고되었다. 그러나 보건사회연구원에서 나온 연구[3]에서는 주부의 비율이 51.7%, 전문·행정·관리직이 4.4%, 판매·서비스직이 27.2%로, 본 연구의 결과와는 대

Table 11. ART and Duration of treatment

	Assisted Reproductive Technology		x2	p-value
	No	Yes		
Less than 1 month	1330(81.4%)	304(18.6%)		
1-3 months	1270(76.6%)	388(23.4%)	49.097	0.000***
More than 3 months	705(69.7%)	307(30.3%)		

Significant P value was calculated with Pearson chi-square test

조적이다. 보건사회연구원의 보고는 불임클리닉에 내원한 환자가 아닌 무작위 가구를 추출하여서 이루어진 분석이기에 이런 결과가 나온 것으로 보여진다. 이 세 가지를 고려해 볼때 실제 불임클리닉에 내원하는 환자들은 고학력, 전문직종의 환자들이 많으며 한방병원도 마찬가지로 전문직종이 많이 내원하는 것으로 보여진다. 이는 여러 가지 원인이 있겠지만, 2004년 기준 본 연구대상 한방병원의 1회 내원시 평균 의료비 지출이 36만원 정도이며, 한달 치료수가가 약 50-60만원 가량이 소요되는 것을 보면 금전적인 부담 또한 간과할 수 없을 것이다. 이는 그만큼 저소득층이 한방병원에 내원하기에 어려움으로 작용하는 것으로 보여지며, 또한 아직 불임이면서도 적절한 치료를 받지 못하는 환자들이 많다는 것을 보여주는 예라 할 것이다.

내원환자의 거주지를 살펴보면 2004년을 기준으로 내원환자의 47.3%가 서울에 거주하고 있었다. 양방불임클리닉도 1/3이상이 서울에 위치하여 있지만 지역적으로 골고루 분포하고 있는데 반해[7] 불임전문 한의원의 분포는 지나치게 수도권에 치우친 경향이 있다. 이는 지역사회에서 불임의 한방치료에 대한 인식이 매우 낮게 형성되어 있을 가능성을 내포하고 있는 것으로 인식할 수 있다.

환자들의 불임기간에 대하여 살펴보면, 전체 환자중 91.5%가 불임기간 6년 이내에 한방병원을 방문하였으며 30-35세가 가장 많은 비율을 차지하고 있었다. 그러나 보건사회연구원[3]의 조사에서는 5년 미만이 30.5%에 불과하며, 불임연령 분포도 35-39세가 32.6%를 차지하고 있었다. 따라서 한방병원에 내원하는 환자들은 불임을 인지하고 비교적 빨리 한방치료를 받는 것을 알 수 있다.

실제 보건사회연구원의 조사에 의하면 불임진단 전 임신을 하기 위해 이용한 기관의 이용율은 한방병원, 한의원 이용자가 70.6%, 일반 병의원 이용자가 58.9%였으며, 대상자중 66.8%는 각 기관을 중복하여 이용하였는데 한의원과 일반병·의원을 함께 이용한 경우가 30.1%로 가장 높았다. 그러나 불임을 진단받은 이후에는 대상자의 38.2%만이 한의원을 이용하였으며, 60%는 양방치료에만 의존하였다[3]. 본 연구에서도 한방병원에 내원하기 전 양방병원에서 이미 불임진단 및 치료를 받고 온 환자가 2002년 96%이상을 차지하였다. 이는 한방병원에 내원하는 환자들이 비교적 불임의 인지가 빠르고 빨리 한방치료를 받는 경향이 있으나 쉽게 포기하고 다시 양방치료에 의존하게 된다는 것을 보여주는 것이며, 다르게 말하면 한방치료를 번거로운 양방치료를 받는 사이에 받아보는 일차 진료 정도로 인식하고 있을 수도 있을 가능성도 배제할 수 없다.

한방병원에 내원하는 불임환자들의 불임원인을 살펴보면 원인불명의 불임환자들이 2002년 38.2%에서 2004년 54.4%로 날로 증가하는 추세에 있으며, 배란인자처럼 과배란이나 보조생식술 적응증 환자들은 급격히 줄어들고 있다. 이는 이미 불임치료에서 원인이 뚜렷히 밝혀진 분야에서는 양방치료가 우위를 점령하고 있다는 것을 보여주는 것이며, 이러한 현상은 앞으로 더 심화될 것으로 보인다.

원인불명의 불임은 양방에서는 전체 불임환자의 10-15% 정도로 추산하고 있으며[27], 많게는 30%까지 보기도 한다[8]. 원인불명의 불임은 배란의 유무, 정상적인 정자의 생성, 난관의 소통여부 등의 기본적인 불임검사를 한 뒤에 특별한 원인을 발견하지 못했을때 내리는 진단이며[8], 보통 주기당 가임력(fecundity)은 1.8-3.8%를 보인다[28]. 이런 경우 양방에서의 치료는 실험적일 수밖에 없는데 IUI, Clomiphene+IUI, Gonadotropin therapy, ART 등을 이용하게 된다[8]. 따라서 이러한 원인불명의 불임환자들이 한방병원에 내원하는 비중이 50%를 넘는다는 것은 기질적 문제가 없기 때문에 한방의 補하는 개념에 대한 생각을 가지고 오거나 기능적인 문제에 대한 인식을 가지고 있는 것임을 보여주는 것이라 하겠다.

2002년에 비해 2004년에는 내원하는 불임환자 수 자체가 줄어들었으며 한방치료기간도 점차 짧아지고 있다. 치료기간이 1개월 미만인 환자는 2002년 30.5%에서 2004년 44.4%로 늘어났으며 3개월 이상 불임치료를 한 환자는 2002년 28%에서 2004년 15.0%로 점차 줄어들었으며, 1-3개월 미만으로 치료하는 환자군이 가장 많았다. 이는 여러 가지 요인이 있겠으나 최근 양방 불임치료에 대한 공격적인 마케팅과 보조생식술의 발전, 양방 불임치료성적의 객관적 검증 등에 따른 것으로 볼 수 있겠다. 왜냐하면 양방치료는 배란유도나 수술적요법을 통해 즉각적인 효과를 볼 수 있는 반면, 한방치료는 아직까지 주관적인 변증방법에 의한 진단과 치료로 눈에 뚜렷이 보이는 효과를 보여주는 것이 힘들기 때문일 것으로 사료된다.

본 연구처럼 대부분의 환자들이 1-3개월의 치료기간을 가지는 것으로 볼 때 3개월 이상의 치료기간을 확보할 수 있는 이론적 근거와 지원정책을 수립할 필요가 있다. 또한 3개월 이내에 가시적인 효과를 보여주는 노력이 필요함을 알 수 있다.

또 양방병원 내원경험여부와 한방치료 기간과의 관계 사이에도 유의한 차이가 있었다. 즉 이전에 양방병원에 내원하지 않고 바로 한방치료를 받는 환자들이 그렇지 않은 환자들에 비해 치료순응도가 떨어졌다. 이는 양방병원에 내원하지 않은 환자들은 한방치료 후 즉각적 효과가 없을시 바로 한방치료를 포기한다는 것을 보여주는 것이다. 또한 이전에 보조생식술을 경험하고 온 환자들이 그렇지 않은 환자들에 비해 치료순응도가 떨어짐을 볼 수 있다. 이것 또한 이미 보조생식술을 경험한 환자들은 한방치료의 효과가 없을 경우 다시 보조생식술로 방향을 바꾸는 것으로 볼 수도 있으며, 또한 보조생식술을 한번 시행한 이후 다음 시술을 위해 평균 2-3개월 가량의 휴지기를 가지는데 그 동안 다음 시술을 위한 건강증진 방법으로 한방치료를 선택하고 있을 가능성도 높다고 보여진다. 그렇다면, 이 휴지기동안 한방치료를 양성화하는 방향도 모색할 수 있을 것이라 사료되며 최근 보조생식술 전 안태약을 투여하여 좋은 결과를 얻은 보고가 있으므로[29] 이런 환자들에게도 한방치료의 가능성을 열어주는 계기를 마련해 주는 것이 필요할 것이다.

지병철 등[2]의 연구에 의하면 1968년부터 1984년까지 불임으로 양방산부인과 외래를 방문한 수는 거의 3배 정도 증가하였고, 1999년 현재 매년 약 160만명 정도가 산부인과 외래를 방문하고 있다고 보고하였다. 이런 증가의 원인으로 보조생식술 및 기타불임치료법의 발전으로 불임환자들이 자신의 문제점과 치료에 대한 인식을 새롭게 하여 산부인과 외래를 방문하는 환자수가 증가하고, 2차 세계대전 이후 베이비붐 세대가 현재의 가임기 여성의 수를 증가하는데 일조를 하고 있으며, 최근 여성의 사회활동이 늘어남에 따라 결혼을 미루면서 아이를 늦게 가지려는 경향이 나타나기 때문으로 보았다. 또 여러 가지 피임방법의 확산에 따른 성문란, 임신중절 및 성병에서 기인한 골반염증의 증가와 생활수준의 향상도 불임환자의 증가에 영향을 미친다고 보았다. 그러나 이 연구에서도 불임을 주소로 내원한 환자 중 어떠한 형태로

든 치료를 받았던 환자는 38.6%(414/1,076)에 불과하였다는 것을 알 수 있다[2]. 이처럼 실제 불임진단을 받은 상태에서 치료로 이어지는 것은 양방불임클리닉에서도 반에 미치지 못하며 본 연구에서 보여지듯이 한방치료기간도 점점 짧아질 수 밖에 없는 이유를 위의 예에서 추측할 수 있을 것이다.

보건사회 연구원[3]의 조사에서도 나와 있듯이 불임치료를 중단하는 가장 큰 이유는 심신의 어려움과 비용부담인 것으로 나타났다. 아직까지 우리나라에서는 인공수정 등 제반 치료는 본인 부담으로 되어 있으나, 이러한 요구의 증가와 최근의 급격한 저출산이 장차 사회적 문제가 될 가능성이 있어 정부에서도 임신, 출산 및 자녀양육에 따른 가정의 부담을 국가와 사회가 함께 나누는 방향으로 여러 부처와 함께 출산안정정책을 추진하고 있다. 그 결과 보건복지부는 2006년 3월부터 1만 6천여 쌍의 불임부부에 대해 150만원씩 연내 2회에 걸쳐 지원하고 있는 중이다. 이처럼 보조생식술에 관한 예산안이 편성되고 그 대상범위를 점차 확대시켜 나간다면 불임부부의 보조생식술 비용은 다소 감소할 것이며, 더 많은 불임부부에게 보조생식술 기회가 주어질 것으로 예상된다. 그러나 이를 다시 생각해 보면, 지금까지 보조생식술에 비해 가격경쟁력이 있었던 한방치료가 더 위축이 될 것이라 생각이 된다. 한방보험수가에 대한 문제는 전반적인 한방치료가 첩약의료보험이 되지 않은 상황이며, 아직까지 한약을 치료약에 아닌 보약의 개념으로 대다수가 인지하고 있는 것이 현실이므로 이에 대한 개선이 필요할 것으로 생각된다.

특히 보조생식술 같은 경우는 연구를 통해 그 성공률이 25-30%로 보고되고 있지만, 한방치료에 있어서는 임신성공율에 관한 객관적 조사자료가 없을 뿐 아니라 치료기간에 대한 기준 또한 없다. 따라서 이에 대한 연구도 시급할 것으로 사료된다.이는 정책적인 문제이므로 향후 논의가 있어야 하겠다. 하지만, 심신부담으로 인한 치료중단에 대해서는 심신통합적인 치료와 보양의 개념을 가진 한의학에서 기여할 수 있는 부분이 높아 이를 홍보와 치료지원정책 개발로 이어질 필요가 있을 것으로 사료된다.

3. 불임치료에 있어서 한의학계가 나아가야 할 방향

1) 한·양방 협진 및 한방치료 영역의 확대

앞에서도 언급했듯이 현재 양방의 보조생식술의 증가로 인하여 그만큼 한방치료는 위축되고 있는 실정이다. 실제 본 연구에서도 한방불임치료를 위해 내원하는 환자수는 점차 줄어들고 있었으며, 원인불명의 불임환자의 비율이 늘어나고 한방치료기간도 점점 짧아지고 있다. 해외저널들을 살펴보면 한방과 양방치료의 접목으로 불임치료에 성과가 있는 논문들이 매년 발표되고 있지만, 우리나라에서는 아직 서로 배타적인 관계에 있는 실정이며 환자들도 한방치료와 양방치료 사이에서 혼란을 느끼게 된다.

하지만, 외국에서는 IVF시 침치료와 한약치료에 대하여서는 어느정도 인식을 하고 있는 상황이며 우리나라에서도 IVF 등과 같은 보조생식술에 한의학을 접목하여 보다 부작용이 적으며 임신확율을 높일 수 있다는 연구성과를 얻는다면 환자의 치료에도 도움이 될 뿐 아니라 한방불임치료 영역 넓히는 데 도움이 될 것으로 생각된다.

2) 심신통합의학으로서의 한의학의 특장 제고

불임여성과 스트레스에 관한 연구는 실로 다양하다. 그러나 양방에서는 실제 치료에 접목한다기보다는 간호사로서의 역할에 관한 내용이 다수를 차지하고 있다. 즉, 불임의 실질적인 치료는 의사들이 담당하지만 그 환자들의 정신적 문제에 있어서는 간호사의 역할이 중요시 됨을 알 수 있다.

실제로 불임환자들의 정신적 스트레스에 관한 논문은 많이 있지만, 스트레스가 불임의 원인이 된다는 논문은 아직은 없다. 그러나 한방에서는

불임의 원인 중 七情傷을 언급하고 있으며 김은섭 등[11]의 연구에서는 고대문헌중 이 七情傷이 불임의 원인중 5번째를 차지할 만큼 많은 비중을 차지하고 있음을 보여주었다.

양방에서는 불임증이 단시 심인성 원인만으로만 야기되는 일은 거의 없다고 한다[30]. 하지만 불임부부가 정서적으로 편안한 상태를 유지하는 동안 자연적으로 임신에 성공하는 예등을 관찰할 수 있다[31].

임상과정에서 일상적으로 이루어지고 있으면서도 간과하기 쉬운 부분은 기질적 요소를 가진 환자에 대한 치료과정에서도 심리적 지지가 중요하다는 점이다. 분명한 기질적 요소를 가진 경우 체념의 과정에 빨리 이를 수도 있으나 그 과정까지 경험하게 되는 정신적인 스트레스와 고뇌의 깊이는 求嗣에 대한 의지에 비례하여 증가될 것이다. 최근에 보고되는 일련의 연구에서도 불임증 치료과정 중에서의 우울 혹은 우울증에 대한 연구가 늘고 있음도 이러한 측면 등을 보여주는 것이라 할 수 있다[13].

이는 병이 마음에서 오는 것이기도 하지만, 이미 병이 걸린 환자에게 마음을 치료함으로써 병을 치료하는데 도움을 줄 수 있다는 것을 의미한다. 불임치료를 함에 있어서 환자의 스트레스나 정서적 변화에 관해서는 인지하지 못한 채 단순히 기계적인 접근을 할 가능성이 높다. 불임치료중단의 45%가 심신의 어려움을 들고 있는 것으로 볼때[3] 한의학에서의 정신적인 치료의 접목이 보다 많은 불임환자들을 끌고 가는데 도움이 될 것이며 환자의 임신성공율 또한 높여줄 수 있을 것으로 생각된다.

따라서 우리는 불임의 원인중 七情傷, 스트레스에 주목할 필요가 있으며 여기에 관한 심층적인 연구를 시행하여야 할 것이다.

3) 養生으로서의 한의학의 특장제고

養生이란 인체를 보호하여 생명활동을 건강하게 攝養保存함으로써 健康無病, 延年益壽 내지 長生할 수 있게 하는 것이다. 부인과의 양생은 經帶胎産의 특징에 의해 다른 양생 및 기공수련법과 차이가 있다[32].

현대에 있어서 이러한 양생은 매우 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있다. 한의학에서의 '미리 병이 생기기 전에 치료하는' 예방의학적인 관점에서, 불임환자를 치료함에 앞서 먼저 불임을 예방하고 건강한 몸을 만드는 것이 중요하다 하겠다. 장명준 등[32]의 연구를 보면 과거 임신 전에는 여자뿐 아니라 남자의 養生도 중요함을 언급하였고 임신전에 건강상태를 살피고 내외가 조화롭게 된 이후에야 임신을 시도하도록 권하였으며 임신중에는 七情의 과도한 자극을 삼가고 생활과 약물복용상의 주의점을 권하였으며 출산후에도 언어, 음식, 생활의 주의점과 아울러 정서상의 불안정도 주의해야 할 것을 강조하였다.

<女科經論>[33]에서는 옛사람이 種子를 논할 때 반드시 먼저 調經하라 하였으므로 이 책의 次序를 調經門後에 嗣育門을 둔다고 하였다. 이를 역으로 설명하면 調經되었다 함은 이미 腎氣가 성실하다고 볼 수 있으며 이들이 임신가능의 전제조건이 되며 腎氣의 不育은 月經의 이상을 초래함을 알 수 있다. 따라서 腎이 선천적으로 약하거나 후천적 원인으로 약해지면 不姙이나 攝育의 장애로 胎氣不安등의 증세가 올 수 있으므로 임신전에 腎을 길러야 하며 임신중에도 腎虛의 소인이 있는 경우 지속적인 관리가 필요함을 알 수 있다.

先天的인 腎虛는 經行後期, 稀發月經, 經閉, 經行量少, 色淡質稀 등을 포함하는 월경이상이며 남성의 경우는 精少不育, 成人早老 등이 동반될 수 있다. 후천적인 腎虛는 久病及腎(만성질환), 年高體衰(고령임신의 경우), 房事不節(무절제한 성생활 및 강장제의 남용), 溫燥之劑의 過服, 失血脫液(대량출혈이나 심한 탈수의 기왕력이 있는 자), 情志內傷으로 인한 肝腎陰虛, 後天營養不足, 勞倦過度로 인한 腎精不足 등을 들 수 있다[34].

이상과 같이 이미 불임으로 진단받고 치료받기

이전에 한의학적인 생리, 병리관에 의거하여 건강한 임신에 위해될 수 있는 인자들을 보정하고 생활상의 주의사항에 대한 지침에 대한 교육적인 부분을 인지하고 홍보해 나간다면 올바른 산전관리 및 임신전 예방의학적인 관점에서 한의학이 수행할 수 있는 역할이 증대될 것이라 생각이 된다.

결 론

2002년 1월 1일부터 2004년 12월 31일까지 不姙을 주소로 서울소재 모 한방병원에 내원한 2153명의 의무기록을 분석하고 이를 바탕으로 한방불임치료 정책에 관한 다음의 연구결과를 얻었다.

1) 한방병원에 내원하는 환자의 평균연령은 2002년 31.7±3.64세에서 2004년 32.25±3.67세로 점점 증가하였다.

2) 내원환자의 직업분포는 주부가 가장 많았고 다음이 전문·행정·관리직 순이었는데 이는 보건사회연구원에서 발표와는 차이가 있었다.

3) 내원환자의 70% 이상이 서울, 인천, 경기지역에 밀집되어 있었다.

4) 불임기간이 3년 이하일 때 한방병원에 내원하는경우가 50-60%를 차지하였다.

5) 원발성 불임과 속발성 불임환자의 비율은 2002년 67:33에서 2004년 62.5:37.5로 속발성 불임환자가 점점 증가하고 있었다.

6) 한방병원에 내원하는 불임여성의 95-97%는 이미 양방의료기관에서 불임검사를 받고 내원하였다.

7) 불임원인의 분포를 보면 원인불명의 불임환자는 2002년 38.2%에서 2004년 54.4%로 점점 증가하였다.

8) 한방치료기간은 1개월 미만으로 치료하는 환자가 점차 증가하고 있었으며 3개월 이상 치료받는 환자는 감소추세에 있어 치료비용에 대한 지원정책이 필요함을 알 수 있다.

9) 양방병원에 내원한 이후 한방병원에 오는 환자일수록, 이전에 보조생식술 경험이 없던 환자일수록 치료기간은 유의하게 더 길었다(p=0.000).

10) 불임치료에 있어서 한의학은 양한방 협진을 통한 치료영역의 확대, 한방치료의 객관성 있는 자료의 확보, 심신통합의학, 양생의학으로서의 한의학영역의 구축, 그리고 그동안 축소되어 왔던 산전, 산후관리에의 다양한 연구 등을 통해 한의학의 불임치료 영역을 확대시켜나가야 할 것이다.

참고문헌

1. 대한산부인과학회. 부인과학. 서울: 칼빈서적. 1997; 598
2. 지병철, 서창석, 김석현 등. 서울대학교병원에 내원한 불임증 환자의 임상적 고찰. 人口醫學硏究論集. 1999; 12(1): 18-22
3. 한국보건사회연구원. 우리나라 불임 및 불임관련 의료이용실태와 문제해결을 위한 연구. 2003
4. 이신옥. 불임여성의 스트레스정도와 의료사회사업 접근에 관한연구. 경성대학교 석사학위 논문. 2001
5. 고행준. 한국인의 혼인력 변화에 대한 一考. 통계청. 2002
6. 통계청. 2003년 출생, 사망통계결과. 2004
7. 대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회. 조사보고서 한국보조생식술의 현황: 2001년. 대한산부인과학회지. 2004; 47(12) : 2285-2302
8. 이우식. 불임치료의 최신지견. 대한산부인과학회지. 2005; 48(5): 1106-1129
9. 王叔和. 王叔和脈經. 台北: 文光圖書有限公社. 중화민국 69년: 209-210
10. 孫思邈. 備急千金要方. 서울: 대성문화사. 1989: 16
11. 김은섭, 유동렬. 여성불임의 원인에 관한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2000; 9(1): 267-285

12. 윤정선, 조명래, 진천식. 여성불임의 침치료와 구치료에 대한 문헌적 비교연구. 대한한방부인과학회지. 2000; 13(1): 532-557
13. 김동일, 이태균. 기질적 요인을 동반한 불임증 환자의 임상에 관한 고찰. 대한한방부인과학회지. 2001; 14(1): 196-208
14. 김동일, 서진우, 우덕안, 이태균. 면역학적 인자에 의한 불임증에 관한 동,서의학적 고찰. 대한한방부인과학회지. 2000; 13(2): 326-344
15. 김상찬, 백승희, 이승우. 난소기능실조성 불임과 수란관조색성 불임의 중의치료. 제한동의학술원논문집. 1999; 4(1): 341-351
16. 김형균, 양재훈, 권용택 등. 정자감소로 인한 남성불임증의 최근 중의치료동향에 대한 연구. 동의생리병리학회지. 2001; 15(6): 1043-1050
17. 김동일, 우덕안, 이태균. 불임치료과정 중에 생긴 자궁외임신 환자 1 례에 관한 보고. 2000 ; 13(2): 407-417
18. 최은미, 허지원, 김성란, 강명자. 조기난소부전으로 인한 불임환자의 임상적 고찰. 대한한방부인과학회지. 2001; 14(1): 393-408
19. 황태원, 강용구, 김송백 등. 배란장애로 인한 속발성 불임환자 1례의 임상보고. 대한한방부인과학회지. 2004; 17(3): 209-216
20. 김동일, 이태균. 자궁내막증 및 만성 지속성 간염과 병발한 원발성 불임증 1례에 대한 치험보고. 대한한의학회지. 1998; 19(1): 100-108
21. 조현주, 이희영, 임정한 등. 중증 배란장애 및 뇌하수체분비호르몬 이상을 보이는 불임환자의 안면체열분포에 관한 임상적 고찰. 대한한방부인과학회지. 2003; 16(4): 161-169
22. 박경미, 이보라, 이정은 등. 홍채 체질의 부인과 임상 응용에 관한 연구 -불임, 자궁근종, 난소낭종 환자를 중심으로-. 대한한방부인과학회지. 2002; 15(4): 136-148
23. 이희상, 정진홍. 대전대학교 부속 한방병원 부인과 불임증 환자에 대한 분석통계. 혜화의학. 1997; 6(1): 74-89
24. 위효선, 장정희, 권수경 등. 꽃마을한방병원 한방부인과에 불임을 주소로 내원한 환자에 대한 실태분석. 대한한방부인과학회지. 2005 ; 18(1): 218-233
25. 홍원식. 精校黃帝內經素問. 서울: 동양의학연구원출판사. 1985: 11
26. James P. Toner. Age = egg quality, FSH LEVEL = egg quantity. Fertility and Sterility. 2003; 79(3): 491
27. 안성호, 이일한, 고희은 등. 원인불명 불임증 환자의 치료를 위한 과배란 유도후 자궁강내 인공수정시 임신율에 관한 연구. 대한산부인과학회지. 2002; 45(11): 1897-1902
28. Guzick DS et al. Efficacy of treatment for unexplained infertility. Fertil Steril. 1998; 70 : 207-213
29. 문현주, 강명자. 체외수정 시술시 한약투여에 관한 임상적 고찰. 대한한방부인과학회지. 2001; 14(3): 127-135
30. 유숙자 등. 정신간호총론. 서울: 수문사. 1983
31. 배경진. 노승옥, 김정아. 불임여성의 고독감 수준에 관한 연구. 대한간호학회지. 1999; 29(6) : 1379-1391
32. 장명준, 이상용. 임신과 연관된 양생도인에 대한 고찰. 대한동의병리학회지. 2000; 14(1) : 13-28
33. 蕭塤. 女科經綸, 江蘇科學技術出版社, 江蘇, 1986: 53
34. 김시영. 이인선. 건강한 임신에 위해를 줄 수 있는 인자에 대한 문헌적 고찰. 대한한방부인과학회지. 1997; 10(2): 137-158