A case report of Cervical incompetence

Sun-Mi Shin, Hyun-Jung Lim, Soo-Min Kim,
Jung-Eun Lee, Dong-Youl Yoo
Dep. of Ob & Gyn. College of Oriental Medicine, Daejeon University

Purpose: The purpose of this study is to report the effect of oriental treatments on the cervical incompetence.

Methods: Treatment of incompetent cervix has traditionally been surgical correction of presumed physical deficit in tissue strength with an encircling or cerclage suture, placed electively between 12 and 15 weeks. Despite the prolonged controversy about the role of cerclage, a randomized trial of cerclage versus bed rest or no therapy in women with atypical history of incompetent cervix has not been concluded. We treated a 32-year-old female who had been suffering from cervical incompetence with Herbal medicine (Gamidangkwisan).

Results: After oriental medical treatment, the clinical symptom of Cervical incompetence was improved and she was delivered in 42 weeks.

Conclusion: This case study shows that the oriental medical therapy is effective in treating cervical incompetence. If we make more studies about this disease, it will bring the high satisfaction of patient and the improvement of treatment rate.

Key words: Cervical incompetence, Gamidangkwisan (加味當歸散), Herbal Medicine
I. 緒論

한의학에서는 《醫學入門》, 《丹溪心法》 등에서 보는 바와 같이 이미 오래전부터 태동이 안, 류모, 애절, 유산문에 대해 인식하고 치료를 해왔음에도 불구하고, 류모의 원인 중 하나인 자궁경부무력증에 대한 국내 한의계에 보고된 연구 논문은 매우 드물다.

자궁경부무력증이란 임신 제 2삼분기 또는 임신 제 3삼분기 초에 통증이나 출혈 없이 자궁경부가 개대되어 양막 Meer 및 조기양막파수가 발생하고 결국에는 태아만출이 초래되는 질환으로 다음 임신에서도 유산이나 조산이 반복되는 경향을 보여 이런 경로로 습관성 유산이 반복되는 것이 특징이다.

양방적 치료에는 1950년대 Shirodkar와 McDonald가 자궁경부무력증을 치료하기 위하여 자궁경부 원형결합(Cervical Cerclage)을 시행한 이래 수십 년간 자궁경부무력증이 의심되는 고위험 환자에게는 양방적 자궁경부원형결합이 시행되어 왔다. 그러나 많은 연구에도 불구하고 자궁경부무력증의 정의, 병태생리, 임신증상, 치료 등은 아직도 논란이 많다.

자궁경부무력증은 임상증상으로 보아 한 의학적으로 태동이 정상, 류모, 애절, 유산문 등의 범주에 들 수 있고, 그 중에서 유산에 가장 가깝다. 이러한 질환은 치료보다는 예방이 강조되는 것이며, 양방적 관리가 임상에서 큰 역할을 할 수 있는 부분이기도 하다. 하지만, 실제 임상에서는 우수한 치료 효과에도 불구하고, 다양한 임상보고를 찾아보기 어려웠던 것이 사실이다.

金匱當歸散은 後漢의 張仲景이 그의 저서 《金匱要略》에서 “婦人妊娠 宜常服

II. 證例

1. 환자명/나이: 전○○/32세.
2. 初診日: 2006년 6월 14일.
3. 主訴症: 이외로, 유산방지와 안전을 원함.
5. 過去歴

1) 2005년 4월 8일 자궁경부무력증으로 인한 조기양막파수로 임신 6개 월제 유산하심.
2) 유산 후 자궁내염증으로 local산부인과에서 Tx.함.
3) 유산 후 산후신통(관절통, 과통, 요통, 사지비통, 도한 등)으로 본인 외래에서 Tx.함.
6. 家族歴: 별무
7. 月経歴: LMP - 2006. 4. 18. 經期不
   定, 量少, 色紅, 有塊, 痛(+-)
8. 産科歴: 1-0-1-1(초진시 기준)
9. 初次産소견
   食 慾 및 消化狀態: 보통, 消化不良
   大 便: 1回/日, 易泄瀉
   小 便: 別無異常
   睡 眠: 安眠
   脈 診: 脈沈細
   舌 診: 舌淡 苓薄白
10. 現病歴
    現 32세 여자 2005년 4월 8일 자궁경
    부무력증으로 인한 조기양막파수로 입院
    6개월째 유산후, 2006년 6월 입원확인 후
    자궁경부무력증에 의한 유산반복 우려와
    불안감으로 보다 적극적 합병증치료 원하
    여 2006년 6월 14일 대전대대학교동산한방
    병원 여성의학과에 내원하심.
11. 치료내용 및 임상경과
    2006년 6월 14일 산부인과 진찰시 화
    대전성 입원 9주 전단(LMP:4월 18일) 후 無
    力, 易疲勞, 流産에 대한 불안감으로
    安胎藥 처방 원하여 본원 내원하였다. 8월 2일
    (임신 16주) 納食不順 지속되었고 8월 8일
    양방산부인과에서 자궁경부무력증을 입원하였
    다. 8월 23일(임신 19주) 하복부 당겨지는
    느낌이 발생하였고, 9월 2일 산부인과 검진
    상 임신부지 양호진단 후 9월 4일(임신 20
    주)로 태아성장에 따라 小便頻數, 腰痛증상
    발하여 본원에 내원하였다. 10월 11일(임신
    26주) 간헐적인 下腹下壓痛, 小便頻數와 지
    속적인 점성암중에 따른 消化不良증상으로
    지속적 安胎藥 처방받았다. 12월 6일(임신
    34주) 급격한 자궁경부마비감소로 양방산
    부인과병원 2주동안 입원하였고, 2007년 2
    월 2일 전통 한시간 후 푸아, 산모 양호한
    상태로 자연 분만하였다.

Table 1. Contents of treatments. Herbal preparations.

<table>
<thead>
<tr>
<th>내 원 일</th>
<th>처 방</th>
<th>가 잡</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2006. 6. 14</td>
<td>임신9주</td>
<td>加味當歸散 7帖</td>
</tr>
<tr>
<td>2006. 8. 2</td>
<td>임신16주</td>
<td>加味當歸散 10帖</td>
</tr>
<tr>
<td>2006. 8. 23</td>
<td>임신19주</td>
<td>加味當歸散 10帖</td>
</tr>
<tr>
<td>2006. 9. 4</td>
<td>임신20주</td>
<td>加味當歸散 10帖</td>
</tr>
<tr>
<td>2006. 10. 11</td>
<td>임신26주</td>
<td>加味當歸散 20帖</td>
</tr>
<tr>
<td>2006. 12. 6</td>
<td>임신34주</td>
<td>加味當歸散 15帖</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<中藥處方의 구성>
*加味當歸散: 白朮8g, 白芍藥6g, 當歸6g, 川芎6g, 赤苓4g, 人蔘4g, 白茯苓4g, 甘草4g, 杜仲8g, 緯斷
8g, 陳皮4g, 賴補仁4g, 花附子4g, 熟地黃4g, 升麻2g, 黄芪6g, 蘇葉4g, 白芍芍4g

III.考 察

 자궁경부무력증이나 임신 제 2삼분기
 또는 임신 제 3삼분기 초에 통증이나 출
혈 없이 자궁경부가 개개되어 양방병증
 및 조기양막파수가 발생하고 결과에는
태아만출이 초래되는 질환으로 다음 입
신에서도 유산이나 조산이 반복되는 성향으로 보아 이러한 경도로 습관성 유산이 반복되는 것이 특징이다. 그 발생빈도는 일반 가임여성의 0.05-1.8%로 다양하게 보고되어 있으며 임신후 2,3주간 주간이 사망의 16-25%를 차지한다고 알려져 있다. 국내의 경우에는 김등은 336:1, 변등은 113:1으로 보고한 바가 있다.

자궁경부부착증의 원인은 경관의 외상, 원주질체술, 경관조영술, 경관만성질환 등에 의한 경우가 대부분에 해당하는 선천성 경부부착증이 있다. 자궁경부부착증은 경관부 혹은 인공유산의 경막이 있는 부인에서 많은 것으로 보아 경관의 외상에 의한 손상을 주요 원인으로 본다. 자궁경부부착증은 임신이 진행되는 동안 태아와 임신 산물의 용적이 커져서 16주 이후부터는 무력한 자궁경관이 개방되어 임신 중기에 유산을 일으키게 되는 것이다.

자궁경부부착증을 알기 위해서는 자궁 경부의 해부학적, 조직학적 구조이해가 필요하다. 자궁경부는 주로 경관조직으로 구성되어 있고 약간의 근육과 혈관, 탄력조직을 포함하고 있다. 경관 상부의 체부로 갑주록 근섬유가 점차 많아진다. 주로 경관조직으로 이루어진 자궁경부에서부터 주로 근육조직으로 이루어진 자궁경부 사이의 이행부의 길이는 10mm 정도 된다. 자궁경부조직의 구성 비율은 경질조직의 양으로 결정되고, 분만시 자궁경부확장능력은 경질조직의 양에 달려 있다. 정상적인 자궁경부에서 근섬유의 비율은 평균적으로 10%정도인 반면에, 자궁경부부착증환자는 근섬유의 비율이 늘고, 경질조직의 비율이 낮다. 따라서 경관에 근육조직이 많은 경우에는 자궁경부부착증이 온다. 원인구는 여러 모양인데 미간부는 동근 모양이고 경관부는 “一字”형의 모양이다.

과거부터 자궁경부부착증을 진단하기 위한 여러 가지 방법들이 연구되고 발표되어 왔다. 한 예로 자궁경부조영술을 이용하여 자궁경부의 널이를 측정하는 방법, Hegar 확장기로 자궁경부의 확장 정도를 확인하는 법, Foley 카테터의 평가를 이용하는 방법 등이 있으나, 이를 방법들은 모두 미임신시에 진단하는 방법이고, 이런 방법들은 임신 사이에 적용하는 것은 첨부적인 방법으로는 한계가 있다. 또한 미임신시의 변화소견으로는 임신시의 자궁경부의 역동적인 변화를 반영하는 것이 숨illisecond에 있다. 결과적으로 자궁경부부착증의 진단에 있어서 정확한 진단방법이 부족하다보니 자궁경부부착증의 진단은 주로 환자의 산과적 과거병력과 건강검사에 의하여 간접적으로 진단한다.

양방적 치료에는 1950년대 Shirodkar와 McDonald가 자궁경부부착증을 치료하기 위하여 자궁경부 전결합술(Cervical Cerclage)을 시행한 이래 수십 년간 자궁경부부착증이 의심되는 고위험 환자에게서 예방적 자궁경부전결합술이 시행되어 왔다. 치료의 목적은 증가하는 자궁 내압에 의해 자궁경부가 소실 및 가해져서 인공유산을 일으키게 하는 것으로 자궁경부 전결합술은 경부 경질 부위에 해부학적 교정을 하는 기계적인 기전과 Mersilene 등의 봉합사가 주의적반응을 일으켜 섬유화시키는 기전이 있다. 임신시 수술적 방법으로 가장 먼저 소개된 것은 Shirodkar법.
으로 자궁경부의 점막하층으로 원주를
그리며 Marsilene band가 끼워진 바늘을
돌려서 맹장을 만드는 방법이다7). 그 후
몇 년 뒤에 McDonald법이 소개되었는
데 이는 Shirodkar법보다 시술이 용이한
것으로 자궁경부에 비즈접합법의 복합사를
이용하여 Purse-string suture를 해주는
방법이며 오늘날 널리 이용된다8).

미국산부인과학회에서는 자궁경부무력
증을 위한 지침을 “산모가 명확한 임신
증기 판단할 병력과 분명한 자궁경부소실
이 동반될 때(임신 16주에서 24주사이에
남은 자궁경부 길이가 20mm미만인 경우)
자궁경부위험질환을 전하며 이 때 효과
는 확실히 밝혀지지 않았다고 산모 및 가
족에게 설명한다.”로 정하고 있다.

자궁경부위험질환시 급기사상은 급
성출혈, 조산, 양막파열, 경관이나 자궁
내 음양의 근가 확실히 있을 경우, 양
수다증, 치명적인 태아기형 등이 있을
때이다. 수술 시기는 26주 이상에서는
하지 않는다는 보고가 있지만 이는 이후
50-70%의 생존율을 보이기 때문이며 아
직 논란이 있다9). 보고된 합병증에는 양막파열, 응모양마염, 수술복합물의 위
치 변동, 조산, 자궁경부염, 병합사 체
거를 위한 제왕절개문란 등이 있다. 3%
정도에서는 자궁경부의 산처에 의해서
자궁경부 개방부전으로 제왕절개술을 하
였다10). 이의 드문 합병증으로는 주위
기관의 손상으로 방광과 요관손상 등이
있다. 태아 손상은 2-4%였으며 주요원
인은 양막속과 조산동이었다. 자궁경부
위험질환술에 속발된 합병증으로 인해서
산모가 사망한 경우도 보고되고 있다9).

많은 연구에도 불구하고 자궁경부무력
증의 정의, 병태생리, 임신증상, 처치 등
은 아직도 논란이 많다. 자궁경부무력증
의 전형적인 병력을 가진 여성에서 자궁
경부위험질환을 시행하는 경우와 침상
안정이나 치료를 전혀 하지 않은 경우에
두 공간의 치료 성격에 대한 정확한 무
작위시험의 성격이 연구가 모두에게 인
정받지 못하고 있다. 그리고 자궁경부무
력증의 치료 방법인 자궁경부위험질환
후 태아생존율은 80%정도이나, 보고자
마다 달라서 아직도 논란이 있다11).

한의학에서는 임신중기로부터 분만
전까지의 임신중기에 임신 및 태아에게
발생하는 여러가지 병리의 질병을 정기적으로
하고 악성, 태아, 뒷배부, 4년, 5년, 6년, 7년 등
이 대표적이다12). 자궁경부무력증은 임
상증상과 다음 임신에도 영향을 주고 반
복되는 경향을 가진 특성으로 보아서 한
의학적으로 태아를 낳은 후의 생후 3
개월, 6개월, 1년, 2년, 3년, 4년, 5년, 6년, 7년 등
이 대표적이다13). 자궁경부무력증은 임
상증상과 다음 임신에도 영향을 주고 반
부되는 경향을 가진 특성으로 보아서 한
의학적으로 태아를 낳은 후의 생후 3
개월, 6개월, 1년, 2년, 3년, 4년, 5년, 6년, 7년 등
이 대표적이다13).

이중 태자는 복합적인 혈액공급으로 퇴행
하는 것으로 스스로 절제되는 것을
말할때도 임신 12주에서 13주 사이에 태어가 아직
형성되기 전에 외면하는 것이고, 4주, 5주, 6주, 7주
이 3개월에 이어 태어가 이미 형성
된 후 태어가 자식을 낳는 것으로 대개
3, 5, 7개월에 많은 것인데 만약 경우에
3개월에 가장 먼저, 5개월에 유산이 일어
나는 습관이 되기 쉽다. 이처럼 임신 4
개월, 5개월, 6개월, 7개월이 상기하는 것은
임신중기에 뇌조직으로 림프관으로
과연 하는 것으로 충분한 기능, 혈액, 신경, 신
육의 형성, 선천적 질환 등에 영향을 미치는
것이다14).
말, 외상 등으로 생기고, 원인에 따라 희혈성판, 심혈판, 신혈판, 약성혈관 등으로 구분하여 치료한다고 하였다.
《誅病源候論校釋》에서는 염증, 체질, 심리적 요인으로 인한 저항성의 저하가 가능하며,
《女科要旨》에서는 야동, 열기, 심리적 요인 등으로 인한 저항성 저하가 가능하다고 하였다. 

여부를 수상하면 유산이 발생한다.  
《한방여성의학》에서는 유산의 원인이 희혈성판, 심혈판, 신혈판 등으로 나누어 방증을 설명하고 있다. 

영양, 체질, 심리적 요인 등으로 인한 저항성의 저하가 가능하며, 
《女科要旨》에서는 야동, 열기, 심리적 요인 등으로 인한 저항성 저하가 가능하다고 하였다. 

여부를 수상하면 유산이 발생한다.
脾가 근본이 되고 기타 치료법을 변종 결과에 따라 적응한다. 본 증례의 환자는 이피로, 무기력하고 압력이 창백하고 풍만, 황달, 팽비 부인, 시조원한 상태를 가기 무약으로 변증하여 치료와 귀환을 지속적으로 분위하였다.

金儼當歸散는 《金儼要略》에서 “婦人妊娠 宜常服當歸散主之. 當歸, 蜀芎, 芎藥, 黄芩, 白朮, 上五味, 東為散, 酒飲服方寸匕, 日再服.”, 妊娠宜常服用. 脾虚無病.”라 하여 귀환에 대하여 처음 언급하였고, 後代에 《金儼當歸散》이라 칭하여 쓰였다. 《金儼當歸散》에 대한 정확한 연구에는 박 25가 희비의 임신 및 비임신 적출자 중의 근수축력 및 자발운동이 적게 효과가 있다고 보고하였고, 문 26가 임신유지 조건을 개선함으로 태동불안을 치료하고 약사나 스마그를 예방한다고 보고하였다.

加味當歸散은 《金儼當歸散》에 補氣固胎의 효능이 있는 人蔘, 白朮, 甘草, 杜仲, 西歸, 香附子, 熟地等, 升麻을 한정으로 한방으로, 脈動不安을 치료하고, 婦産이나 스마그를 預防하며, 胎兒의 發育을 양호하게 하고 被産시 預防으로 각종 妊娠病를 預防하며 産後의 여러 질환에도 응용되어 지고 있다. 27

加味當歸散의 魚毒의 無能을 써버리면, 白朮은 中焦에 들어가 脾胃를 培補하는 要藥이 되어 婦産을 預防으로 補脾益氣, 脈絡活血, 婦産의 효능이 있다. 白朮은 平肝止痛, 養血調經하는데 肝, 脈絡 血分에 들어가 養血収血으로 柔肝止痛한다. 當歸는 補血活血, 脈絡止痛의 효능이 있어 婦産의月經不調, 經閉, 經痛 및 胎産諸證과 血虛, 血瘀, 血寒, 氣滯 등을 막고하고, 모두 응용된다. 川芎은 血中의 氣薬이 되어 活血行氣하고 靈風止痛의 효능이 있다. 黃芩은 清熱燥溼하는 常用薬이고 특히 肺經의 熱을 滅하는 데 우수하여 止血安胎의 효능이 있어 白朮, 當歸 등의 預防하여 胎動不安을 치료한다. 그리고 人蔘은 大補胎中元氣, 治胎産諸病한다. 白朮은 益脾寧心, 利溼除溼, 入肺澀燥熱하는 效能이 있어 脾虚로 水溼이 내과되어 나타나는 病에 모두 응용하며, 特히 脾虛溼熱的 病에 더욱 적합하다. 甘草는 能協和諸薬하고, 杜仲은 補肝腎, 強筋骨, 婦産한다. 續斷은 活血, 脈絡の 胎動, 婦産의 효능이 있어 崩漏, 胎漏, 胎動不安을 치료한다. 陳皮는 理気, 調中, 潤燥, 化痰의 要薬이다. 賢砂仁은 止痛安胎하고, 香附子는 胃氣가 鬱滯되어 나타나는 胃腸脹脹腹脹痛과 婦産의月經不調, 痛經과 胎前諸疾에 상응한다. 熟地黃은 肝腎不足과 心肝血虛諸證에 상응하고 升麻는 氣虛下陷의 病을 치료한다. 28

본 증례의 환자는 첫 번째 임신 시 말 산기까지 양호한 상태 유지하여 산후분만되었다. 2005년 4월 8일 두 번째 임신 6개 월시 자궁경부 무력증으로 인한 암벽가기 파수로 유산한 후 易疲勞, 腳根痛, 雙手足癱感증상 지속적으로 고생하였다가, 2006년 6월 임신 확인 후 임신유지와 유산에 대한 불안감으로 2006년 6월 14일 (임신 9주) 본원에 내원하였다. 지속적 임신유지를 위해 내원한 환자가 한방의 安胎薬에 대해 설명하고 益氣養血固胎의 효능이 있는 加味當歸散을 처방하였다. 2006년 8월 8일 자궁경부의 불안정함을 슬슬슬슬 견 8월 2일(임신 16주) 본원에 내원하여 加味當歸散에 安神하고 養血하기 위해 龍安肉을 加하여 처방받았다. 그 후 헤아성장에 따라 하복부 영양치는
느낌이 증가하여 2006년 8월 23일(임신 19주) 가유식 사례에 대해 병원에 한하여 채
화가 발생하였다. 9월 4일(임신 20주) 가
유식 사례에 대해 병원에 한하여 채
화가 발생하였다. 10월 11일(임신 26주) 갑상
절개한 후 하부 아래에 방사선이 감소하려고 하
적이 발생하였다. 12월 6일(임신 34주) 급격한 자궁경
판이 감소로 발생한 절개한 후, 2007년 2월 2
일 전반한 시간 후 태아의 산모 양호한
상태로 자연분만하였다.
본 증례가 1환자의 대상으로 한 점에
대한 의학적 연구가 연구된다. 그리고 식이심
에서 자궁경부부유액의 관리는 거의 암
병증에서 이루어지고 있는 것이 현실이지
만, 이러한 영역에 있어서도 성공적인 임
신유지와 분만, 합병증 예방차원에서 한
의학적인 인식과 치료가 좋은 효과를 발
휘할 수 있는 부분이 많을 것이므로 사료
된다. 향후 자궁경부부유액의 한
방부인과적 임상관리법을 더욱 구체화하기
 위해서는 더욱이 많은 임상적과 지속적
인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결론
본 증례의 환자는 자궁경판부유액증으로
의한 유산의 과거력이 있는 환자로 제임
신시 임신유지와 유산에 대한 불안감으
로 본인이 내원하여 양병치료와 함께 대
전대학교 한방병원 외래치료한 경우로
加유식 사례에 대해 병원에 한하여 채
화가 발생하였다. 10월 11일(임신 26주) 갑상
절개한 후 하부 아래에 방사선이 감소하려고 하
적이 발생하였다. 12월 6일(임신 34주) 급격한 자궁경
판이 감소로 발생한 절개한 후, 2007년 2월 2
일 전반한 시간 후 태아의 산모 양호한
상태로 자연분만하였다.

参考文献
8. McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. J Obstet
27. 申용완 등. 加味當歸散을 투여한 임신병환자 7례에 대한 임상보고, 대한한방부인과학회지, 2003;16(4):180-188.