

자궁내막증식증에 의한 붕루 환자 치험 1예

대구의한대학교 한의과대학 부인과학교실
박영선, 김동철, 백승희

ABSTRACT

A clinical case of abnormal uterine bleeding owing to endometrial hyperplasia

Youngsun Park, Dongchul Kim, Seunghee Baek

Dept. of gynecology, College of Oriental Medicine, Daegu Haany University

Purpose : Endometrial hyperplasia(EH) is an abnormal proliferation of the glandular component of the endometrium. And also EH is related to endometrial carcinoma clinically. Hysterectomy is the common treatment for EH patients in western medicine, but this treatment is the invasive treatment for women.

The purpose of this study is to report the effect of oriental treatment for an abnormal uterine bleeding owing to endometrial hyperplasia.

Methods : This study is about metrorrhagia owing to EH for three years. This report is performed to observe medication of *Guichulpajing-tang*(歸朮破癥湯) diagnosed as blood stasis in oriental medicine view.

Results : The uterine bleeding of the EH was reduced gradually during first menstrual cycle and was not repeated. The uterine bleeding disappeared from the next menstrual cycle. Furthermore, the BBT has been stable during 2 menstrual cycles and endometrial thickness has been thinned remarkably by pelvic sonogram.

Conclusion : This case showed successful oriental herbal medication for EH and further study will be investigated in oriental medicine for treatment of EH completely.

Key words : endometrial hyperplasia(EH), abnormal uterine bleeding, *Guichulpajing-tang*(歸朮破癥湯)

I. 緒 論

자궁내막증식증은 비정상적인 자궁출혈을 동반하는 병적 상태로 자궁내막의 비정상적인 증식을 의미하며 이는 황체호르몬의 길항작용 없이 지속적인 난포호르몬의 자극시 증식기 자궁내막에서 발생한다¹⁾.

주증상은 월경과다, 불규칙 빈발월경, 연장월경 등의 복합증상이며 질출혈, 하복통, 대하증 등이 나타나는데 특히 자궁내막암의 전암병변이 될 수 있다는 점에서 임상적으로 중요한 의미를 가지고 있다¹⁻²⁾.

치료는 일차적으로 약물치료와 자궁내막소파술이 시행되며, 조직검사 결과에서 비정형성인 경우 자궁내막암과 연관되어 대부분 자궁적출술이 시행되고 있다¹⁻²⁾.

한의학에서는 월경주기와 무관하게 여성의 생식기에서 일어나는 비정상 자궁출혈을 '崩漏'라 하여 원인은 대체로 虛, 熱, 瘀로 개괄할 수 있으며 최근에는 陰虛血熱, 肝鬱血熱, 肝腎虛損, 腎氣虛, 脾氣虛, 血瘀 등으로 병인병기를 인식하고 있다³⁾.

한의학에서 崩漏의 치료는 塞流(지혈), 澄源(근본치료), 復舊(정상주기의 회복)의 치료단계를 활용하며 "急卽治其標 緩卽治其本"의 원칙에 따라 暴崩의 경우에는 止血固脫, 완만한 漏症의 경우에는 治本을 기본으로 한다³⁻⁴⁾.

최근 崩漏의 한의학적 치료에 대해 주동⁵⁾과 손⁶⁾의 보고가 있었으나 본 증례에서는 자궁내막증식증으로 인한 지속적인 부정자궁출혈을 주소로 대구한의대 대구한방병원 부인과에 내원한 崩漏 환자를

氣滯血瘀로 변증하고 歸朮破癥湯⁷⁾을 응용하여 活血化瘀止崩한 증례를 체험하였기에 이에 그 경과를 보고하는 바이다.

II. 本 論

【症 例】

1. 환자명: 신 ○ ○
2. 성별/연령: F/48세
3. 초진일: 2005년 2월 15일
4. 주소증: 지속적인 부정자궁출혈
5. 발병일: 2001년 5월경
6. 가족력: 母-당뇨, 고혈압 이환중
7. 과거력: 別無
8. 산과력: 2-0-0-2
9. 월경력:
 - ① 初經: 14세
 - ② 週期: 평소 28일~30일. 규칙적
 - ③ 出血期間: 7~8일 (월경 시작하여 2~3일간 출혈양 많다가 3~5일간 소량 출혈)
 - ④ 樣相: 量-pad 3~6개/日. 色-暗紫色. 血塊-多量. 月經痛-別無. 月經前 乳房脹痛 심함
 - ⑤ LMP: 2005년 2월 10일
10. 진단명: 자궁내막증식증
 - ① 2001년 5월 local 산부인과에서 진단 →소파술 시행하나 자궁출혈 지속
 - ② 2003년 9월 카톨릭병원에서 조직검사 진단→소파술 후 6개월간 경구호르몬제 복용함
 - ③ 2004년 7월 local 한의원에서 한방치료→출혈양은 감소하나 點滴出血 지속
11. 현병력

2001년 5월경부터 부정자궁출혈로 local 산부인과에서 자궁내막증식증 진단으로 소파술을 시행하나 자궁출혈 지

속되었으며, 2003년 9월 카톨릭 병원에서 조직검사로 자궁내막증식증 확진받고 소파술을 시행한 후 6개월간 호르몬제 복용하나 출혈상태 여전하다가 2004년 7월부터 한방치료 시작하였는데 點滴出血 상태가 계속되어 본원에 내원함.

12. 초진소견

- ① 체형: 신장-158cm, 체중-65kg 정도의 肥濕한 체형
- ② 식욕: 3회/일, 양호
- ③ 대변: 1회/일
- ④ 소변: 7-8회/일
- ⑤ 수면: 淺眠으로 인한 睡眠不足
- ⑥ 한출: 自汗(-) 盜汗(-)
- ⑦ 복진: 복부 비만형으로 中腕部壓痛(+), 下腹部膨滿, 冷感(+)
- ⑧ 맥설: 脈沈細, 紫紅舌, 薄白苔

【辨證施治】

1. 변증분석

본 증례에서는 먼저 지속적인 출혈로 인한 환자의 心脾虛損의 상태를 적극적으로 보하면서 血의 생성과 순환에 관여하는 心(心陽浮越), 肝(肝氣鬱結), 脾(脾不統血) 장부의 기능을 조절하여 전체적인 관점에서 血行을 바로 잡고자 歸脾湯加味方⁸⁾을 투여하였다.

이에 환자의 수면상태가 호전되고 출혈의 양이 감소하는 변화가 있었으나, 暗紫色 點滴出血 지속과 血塊가 배출되는 상태, 胸脇痛 등의 증상을 살펴볼 때 이는 氣滯瘀血로 인한 崩漏로 재변증하고 活血化瘀하여 癥瘕, 積塊를 치료하는 歸朮破癥湯⁷⁾을 처방하였다.

2. 치료처방

- ① 歸脾湯加味方⁸⁾

· 구성-元肉 8g, 酸棗仁(炒) 地榆(炒) 陳皮 各 6g, 白朮 白茯苓 香附子 山藥 蓮子肉 當歸 各 4g, 半夏 荊芥(炒) 枳實 遠志 石菖蒲 竹茹 各 3g, 桔梗 柴胡 麥門冬 甘草 各 2g, 薑 3g, 棗 2g

· 의미-引血歸脾의 의미를 가지는 歸脾湯⁹⁾을 기본방으로 하여 元肉, 酸棗仁을 君藥으로 하여 心脾血虛를 적극적으로 보하고, 上焦로 浮越하는 心火를 내리기 위하여 蓮子肉, 竹茹, 麥門冬을, 肝氣疏泄을 위하여 香附子, 柴胡를 가하였으며 여기에 止血을 목적으로 地榆(炒), 荊芥(炒)를 각각 가하였다^{8,10)}.

② 歸朮破癥湯⁷⁾

· 구성-香附子(醋炒) 烏藥 各 6g, 三稜 蓬朮 赤芍藥 白芍藥 當歸尾 青皮 官桂 各 4g, 吳茱萸 3g, 紅花 蘇木 各 2g

· 의미-月經不通過 腹中有積塊疼痛을 치료하는 歸朮破癥湯⁷⁾은 香附子, 青皮로 疏肝解鬱止痛하고 官桂, 烏藥으로 理氣溫裏하며 三稜, 蓬朮, 紅花로 活血祛瘀하며, 赤芍藥, 當歸尾, 蘇木으로 清熱涼血 破瘀하는 효능을 가지는데, 본 증례에서는 여기에 厥陰肝經의 主藥으로 溫中止痛하는 吳茱萸 3g을 가하여 처방하였다¹⁰⁻¹¹⁾.

3. 침구치료

0.3×40mm의 1회용 毫鍼(通氣鍼灸針. TONGKI Corporation)을 사용하여 關元穴 子宮穴 內關穴 三陰交穴에 1회/2일 시술하고 20분 정도 留針하였으며, 또한 關元穴에는 溫針療法을 사용하였다.

4. 약침치료

매 침구치료 시에는 關元穴과 子宮穴에 1회용 주사기(정림의료기산업. 1cc)를 사

용하여 한 혈당 0.2cc씩 총 0.6cc의 溫性 瘀血(대한약침학회) 약침액을 주입하였다.

5. 치료경과의 판정

① 부정자궁출혈의 정도를 VAS(Visual Analogue Scale)를 이용하여 최대의 출혈 양을 VAS 10으로 하고 출혈이 없는 경우를 VAS 0으로 하여 출혈양의 경과를

기록하였다.

② 기초체온 측정: 매일 일정한 기상시간에 부인용기초체온계(유일의료기)를 사용하여 환자 본인이 직접 기초체온을 측정하여 기록하도록 하였다.

③ 초음파검사와 혈액검사를 통하여 환자의 상태와 치료과정의 경과를 비교하였다.

【임상경과】

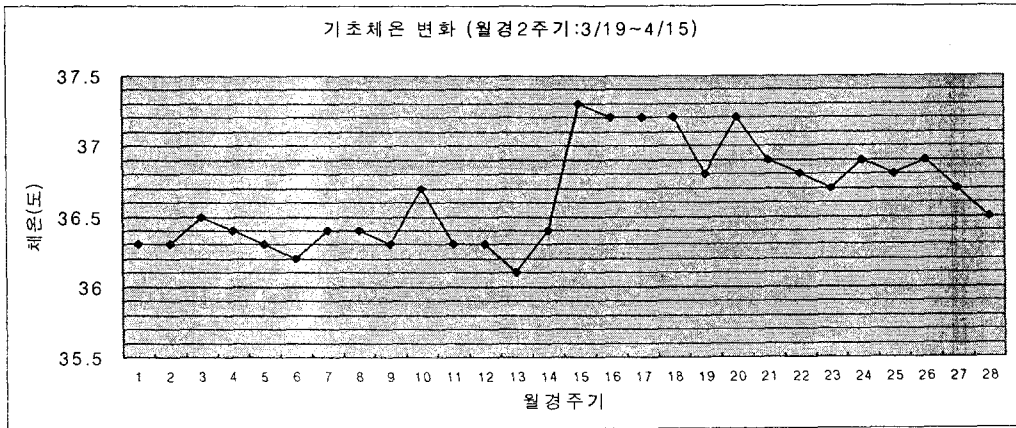
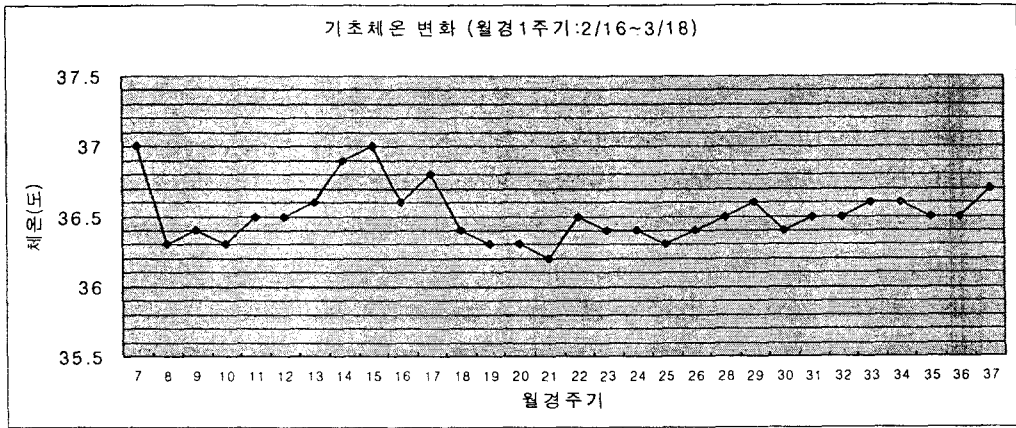
1. 임상증상 경과

<표1. 월경주기별 자궁출혈 양상의 변화>

치료기간 (월경주기)	자궁출혈 양상	출혈양	치료내용	
월경 1 주기	2/16-2/25 (7일-16일)	暗紫色 出血 보다 감소. pad 1개/일.	VAS 7	歸脾湯加味方 ⁸⁾ 三七根末
	2/26 (17일)	出血量 多. 血塊量 多. pad 3-4개/일.	VAS 10	
	2/27-3/4 (18일-23일)	지속적인 少量 出血. pad 1개/일.	VAS 5	
	3/5-3/6 (24일-25일)	出血 거의 소실되어 血痕만 비침.	VAS 1	
	3/7 (26일)	大量血塊 1회 배출 후 點滴出血 지속.	VAS 2-3	
	3/8-3/16 (27일-35일)	少量의 點滴出血 지속.	VAS 1	
	3/17-3/18 (36일-37일)	약간의 血塊 배출 후 點滴出血 상태 지속.	VAS 1-2	
월경 2 주기	3/19-3/25 (1일-7일)	5일간 紫紅色 大量 月經出血. pad 3-6개/일. 3/25 多量血塊 배출. 下腹痛 弱 乳房脹痛 甚.	月經出血	歸朮破癥湯 ⁷⁾ 鍼灸治療
	3/26-4/15 (8일-28일)	出血이 전혀 없는 상태로 지속됨. 微黃色 粘稠한 분비물 약간 증가. 臭氣(-).	別無	
월경 3 주기	4/16-4/21 (1일-6일)	6일간 鮮紅色 月經出血. pad 3-5개/일 2일간 血塊 배출후 無. 下腹痛(-) 乳房脹痛(-)	月經出血	
	4/22- (7일-)	出血(-). 기타증상 別無. BBT: 36.2-3℃ 상태	別無	

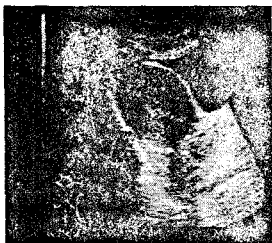
2. 기초체온변화

<그림1. 기초체온(Basal body temperature) 변화>

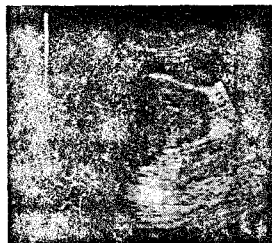


3. 초음파검사

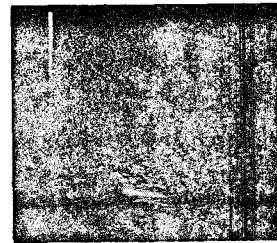
<그림2. 치료 과정 중 자궁내막의 변화>



31×20mm (2005/3/14)
【치료 1개월 경과】



25×12mm (2005/3/28)
【월경 1주기 후】



20×4mm (2005/4/22)
【월경 2주기 후】

4. 혈액검사

<표2. 혈액검사와 내분비검사 결과>

검 사 항 목 (정상범위)		2월 16일(월경주기 7일)	4월 22일(월경주기 7일)	
CBC	WBC (4,000-10,000 mm ³)	5,000	5,900	
	Hb (13-16 g%)	10.3	10.6	
	Hct (37-47 %)	33	35	
	Differential count	Neutro (50-70)	46	54
		Eosino (0-5)	2	2
		Baso (0-1)	0	0
		Lympho (20-40)	44	40
		Mono (1-6)	8	4
	ESR (0-15 mm/Hr)	16	15	
Platelet (15만-40만 mm ³)	25만	28만 4천		
LFT	SGOT (8-40 IU/l)	29	26	
	SGPT (5-35 IU/l)	30	27	
	Protein (6.0-8.0 gm%)	7.01	6.96	
	Albumin (3.3-5.2 gm%)	3.9	3.89	
	Billirubin(Total/Direct) (0.1-1.2/0-0.3 mg%)	0.36 / 0.14	0.37 / 0.15	
	ALP (30-126 kaIU/l)	88	89	
	Cholesterol (150-250 mg%)	236	193	
	TG (50-150 mg%)	137	132	
	Glucose (70-120 mg%)	111	95	
Hormone	FSH (3.3-8.8 IU/l)	12.89	24.18	
	LH (1.00-18.54 IU/l)	4.56	5.78	
	Estradiol (10-200 pg/ml)	32.67	25.96	
	Progesterone (0.15-1.40 ng/ml)	0.51	0.40	

Ⅲ. 考 察

자궁내막증식증(endometrial hyperplasia)이란 기능성 자궁출혈의 병리학적 진단명으로 자궁내막의 비정상적인 증식을 의미하며 과도한 생리적 변화에서 상피내암까지 다양한 모습을 보인다^{1-2,12}.

자궁내막증식증은 황체호르몬의 길항작용 없이 지속적인 난포호르몬의 자극시에 증식기 자궁내막에서 발생하는데 이는 가임기 여성에서는 무배란주기와 연관이 있으며, 폐경후 여성에서는 난포호르몬이 난소가 아닌 말초조직에서

estrone으로 전환되어 생긴다. 이러한 자궁내막 증식의 변화는 자궁내막암에 선행하거나 동시에 발생할 수 있으므로 임상적으로 중요한 의미를 가진다^{1-2,12-13}.

자궁내막증식증으로 인한 주증상은 월경과다(menorrhagia), 불규칙 빈발월경(metrorrhagia), 연장월경(prolonged menses) 등의 복합증상이고 질출혈, 하복통, 대하증 등이 나타난다. 이러한 자궁내막증식증은 첫째로 심한 빈혈을 일으킬 수 있는 비정상자궁출혈을 야기하며, 둘째로 무배란 및 불임의 적응증이 될 수 있으며, 셋째로 에스트로겐 생성 난소종양과 관련되어질 수 있고, 넷째로 폐경기 증상치료를 위한 에스트로겐 투여에

의해서도 생길 수 있으며, 다섯째로 자궁 내막암의 전암병변이 될 수 있다는 점에서 임상적으로 중요성을 가진다^{1,2,14)}.

진단은 자궁내막의 특징적인 조직소견에 의하는데, 조직학적으로 핵의 비정형과 구조적 변화를 고려하여 단순성 증식(simple hyperplasia), 복잡성 증식(complex hyperplasia), 단순비정형성 증식(simple atypical hyperplasia), 복합비정형성 증식(complex atypical hyperplasia)으로 분류하고 있다¹⁾.

최근 자궁내막증식증은 진단빈도가 증가되는 추세이나 그 이유는 확실하지 않다. 대체로 생활수준의 향상으로 인한 비만환자의 증가, 폐경기 여성의 호르몬 보충요법의 증가, 여성의 비정상 자궁출혈에 대한 태도변화, 질식 초음파의 발달로 자궁내막검사의 용이성 등으로 생각되고 있다¹³⁾.

자궁내막증식증의 경우 세포 비정형이 없는 경우는 암종으로 이행이 2% 이하인 반면 세포 비정형인 경우는 23%로 증가하므로 치료에 있어 가장 중요하게 고려해야 할 점은 환자의 나이와 조직학적 양상이다. 10대의 자궁내막증식증 환자는 대부분 보존치료를 하며, 폐경기 전 중등도와 고도의 비정형증식증을 가진 환자는 자궁적출술을 시행하며, 경도의 경우는 황체호르몬요법으로 치료한다. 폐경기 이후의 환자는 절대적인 금기증이 없는 경우 자궁적출술을 시행한다^{1,2)}.

세포의 비정형이 없는 자궁내막증식증은 프로게스테론 치료에 대한 반응이 좋고 재발 가능성이 낮아 자궁내막암의 위험도 극히 적으므로 일차적으로 약물치료가 선택되어진다. 그러나 단기 부작용으로 체중증가 및 부종, 오심, 복부팽만,

두통, 여드름, 우울증, 성욕감퇴, 치료 후 다시 월경과다가 계속되는 문제를 가지며, 특히 현재까지는 얼마동안 치료해야 할 것인가에 대해서는 아직 확실한 답이 없다는 견해가 있다^{1-2,12-13)}.

기능성 자궁출혈이 장기간에 걸친 내과적 치료에 반응하지 않고 환자가 단산을 원하는 경우이거나 비정형 자궁내막증식증의 경우 자궁적출술이나 자궁내막소파술이 선택된다. 김 등¹³⁾의 보고에 따르면 자궁내막증식증 비정형의 경우 88.9%에서, 단순형 및 복합형의 경우 85.5%에서 자궁적출술이 시행되는 것으로 보고되는데, 자궁적출술은 사망률은 6/10,000으로 낮으나 조기 난소부전에 의한 폐경, 정신·성·신체장애, 발열과 빈혈 등의 이환율을 고려할 때 보다 합리적인 치료방법의 선택이 필요하리라 사료된다^{1-2,15)}.

자궁내막증식증의 주증상인 월경과다와 기능성 자궁출혈, 부정자궁출혈, 과다부정자궁출혈 등의 임상 양상은 한의학적으로 過多月經과 崩漏와 연관지어 설명될 수 있다. 崩漏란 월경주기와 무관하게 불규칙적으로 출혈이 일어나는 경우를 말하는데 이는 대량의 지속적인 출혈인 '崩'과 지속적인 소량 출혈인 '漏'로 나누어진다^{3,4)}.

崩漏는 사춘기 전후에서는 腎氣의 미성숙, 가임기 여성에서는 七情傷과 瘀血, 폐경기를 전후한 경우는 腎氣의 쇠약을 그 일차적 원인으로 고려하고 있다. 崩漏의 원인은 대체로 虛, 熱, 瘀로 개괄할 수 있으며 최근에는 陰虛血熱, 肝鬱血熱, 肝腎虛損, 腎氣虛, 脾氣虛, 血瘀 등으로 다양하게 병인병기를 인식하고 있다^{3,4)}.

한의학에서 崩漏의 치료는 일차적인 지혈에 주안점을 두는 塞流, 근원적인 치료

에 따른 재발의 방지에 주안점을 두는 澄源, 정상 월경주기의 회복으로 생식능력을 보존하는데 주안점을 두는 復舊 등의 치료단계를 모두 활용한다. 또한 崩漏의 치료에 있어 병세의 완급이 같지 않으므로 “急卽治其標 緩卽治其本”한다는 원칙에 따라 暴崩의 경우에는 마땅히 止血固脫의 치법이 중요하며 그 병세가 완만한 漏症의 경우에는 治本이 중요하다³⁻⁴⁾.

본 증례에서는 먼저 3년여의 지속적인 부정자궁출혈 상황을 완만한 漏症의 상태로 판단하였고, 이에 우선 心主血-肝藏血-脾統血 장부의 혈액 생성과 순환을 조절하고자 歸脾湯加味方⁸⁾을 투여하였다.

歸脾湯⁹⁾은 引血歸脾의 의미를 가지는 歸脾湯⁹⁾으로 지속적인 출혈로 인한 心脾虛損의 상태를 적극적으로 보하면서 血의 생성과 순환에 관여하는 心(心陽浮越), 肝(肝氣鬱結), 脾(脾不統血) 장부의 기능을 조절하여 전체적인 관점에서 血行을 바로 잡고자 처방되었는데, 그 결과 환자의 수면상태 개선과 출혈양 감소에서 변화는 있었으나 만족할 만한 병증의 큰 호전을 얻지 못하였다.

이에 본 증례의 환자가 肥濕한 체형으로 평소 건강상태 양호하였으나 부정자궁출혈로 인하여 2회의 자궁내막소파술을 시행하였고, 이후 나타난 暗紫色 點滴出血 지속, 다량의 血塊 배출, 胸脇痛, 經前乳房脹痛 등의 증상을 氣滯血瘀로 인한 崩漏로 재변증하여 歸朮破癥湯⁷⁾을 투여하였다.

歸朮破癥湯⁷⁾은 醫方集略에 처음 수록된 처방으로 龔은 婦人 經水不通 腹中結塊 癥瘕攻注刺痛, 許는 月經不通過 腹中有積塊疼痛을 치료한다고 하였으며, ‘歸朮’은

當歸, 蓬朮 등의 약물로 구성되었으며 ‘破癥’은 ‘破瘀消癥’의 뜻으로 본방은 瘀血에 의한 經閉와 腹中積塊를 다스리게 된다^{9,16)}. 본 증례에 사용된 歸朮破癥湯⁷⁾은 본 방에 芫花莢를 가한 처방으로 氣滯瘀血로 인한 癥瘕, 積塊를 치료하면서 溫中止痛하는 효능을 더하고자 하였다¹⁰⁾.

그 결과 歸朮破癥湯⁷⁾ 투여 후 월경 1주 기에서 환자의 출혈양상이 점진적으로 감소되다가, 월경 2주기 이후부터 부정자궁출혈의 나타나지 않고, 出血色은 暗紫色에서 紫紅色으로 변화하였으며 월경 중 배출되는 血塊의 감소, 乳房脹痛 소실 등 제반 상태가 호전되었다.

치료기간 동안 시행한 초음파 검사에서는 20mm이상이던 자궁내막의 두께가 4mm 정도로 뚜렷이 감소하였으며, 치료 전후의 혈액검사에서도 전반적인 항목에서 호전의 변화를 보이고 있음을 확인할 수 있었다. 또한 월경 2주기 동안 측정된 기초체온표에서 기초체온의 이상성 변화가 보다 명확해지는 점은 환자의 병증이 기질적인 면에서 뿐 만 아니라 기능적인 면에서도 회복이 이루어지고 있음을 확인할 수 있었다.

일반적으로 崩漏의 치료는 塞流-澄源-復舊의 전단계가 활용되며³⁻⁴⁾ 최근 주 등⁵⁾과 손⁶⁾의 임상보고도 있었으나 본 증례에서는 자궁내막증식증으로 인한 지속적인 崩漏의 상태를 止血하는 방법에만 의지하지 않고 환자의 출혈양상과 제반상태를 氣滯血瘀로 파악하여 活血化瘀止崩法을 응용함으로써 유효한 임상결과를 경험할 수 있었다.

崩漏의 원인 중 肝鬱氣滯로 인한 血瘀는 ‘冷積胞中 經脈凝寒’의 원인으로 衝任脈을 저체시켜 新血이 歸經하게 하지 못

하게 하므로 崩漏를 발생하는 것으로 설명되며, 이러한 血瘀型의 경우 下血이 갑자기 진행되면서 양이 많거나 출혈양이 적으면서 계속되기도 하고 혹은 월경이 없다가 갑자기 많은 양이 쏟아지고 색은黯하고 질은稠하며 덩어리가 있다^{3,17)}.

《景岳全書·婦人規¹⁸⁾》에서는 “婦人于四旬外，經期將斷之年，多有漸見阻隔，經期不止者.”라고 하여 갱년기에 崩漏가 많이 발생한다고 보고 연령과 연관하여 이 질환을 이해하고 있으며, 특히 갱년기 여성의 崩漏 치료법에 있어 葉¹⁹⁾은 단지 補脾益氣만 할 것이 아니라 기경팔맥을 고려하면서 瘀血에 그 원인이 있음을 주지하고 淸法, 通法으로 치료해야 한다고 하였다. 이는 실제로 자궁내막증식증이 40~50대에 높은 비율로 발생되며 폐경기 전후에 기능성 자궁출혈이 빈발하는 것과 밀접한 연관성이 있다고 여겨지며, 이에 폐경기 전후 여성의 崩漏에 있어서도 보다 다양한 한의학적 치법이 시도되어야 할 것으로 사료된다^{1-2,4,20)}.

최근에 각종 조직의 괴사, 위축 혹은 증식, 변성 등이 瘀血의 병태와 일치하며 歸朮破癥湯⁷⁾이 혈전의 생성을 억제하는 성분이 있다는 이 등¹¹⁾의 실험 보고에서 살펴볼 때에도 본 증례에서 활용한 歸朮破癥湯⁷⁾이 자궁내막증식증에 의한 부정자궁출혈의 치료에 유효한 임상결과를 얻을 수 있었던 것으로 사료된다.

본 증례에서 환자의 부정자궁출혈이 소실되고, 치료경과 동안 재발이 없었으며, 기초체온과 월경주기와 상태의 정상적인 회복은 급성출혈의 지혈, 재발방지과 정상 월경주기의 회복, 수태능력의 보존이라는 崩漏의 치료목적에 일치하는 경과를 보여주고 있다^{3,4)}. 다만 본 증례에 있

어 자궁내막증식증에 대한 정밀한 재검이 요구되며, 출혈의 재발방지를 위한 지속적인 추적관찰과 치료가 더욱 필요하다고 여겨진다. 또한 혈액검사상 환자의 낮은 Hb, Hct 수치와 내분비검사상 FSH의 상승, estradiol의 감소를 볼 때 환자의 폐경에 대한 관리도 병행해야 할 것으로 사료된다.

IV. 結 論

본 증례에서는 자궁내막증식증에 의한 崩漏 환자를 氣滯血瘀로 변증하고 歸朮破癥湯⁷⁾을 투여한 결과 임상적으로 유효한 치료경과를 확인할 수 있었다. 이에 본 증례를 통하여 향후 崩漏의 치료법에 있어 다양한 시도와 지속적인 임상연구의 축적으로 자궁내막증식증에 대한 한의학적 치료의 접근성과 유효성을 기대하는 바이다.

□ 투 고 일 : 2005년 04월 29일

□ 심 사 일 : 2005년 05월 02일

□ 심사완료일 : 2005년 05월 10일

參 考 文 獻

1. 대한산부인과학회 교재편찬위원회. 부인과학. 서울: 칼빈서적. 1997; 1118- 129.
2. 대한부인종양·콜포스코피학회. 부인종양학. 서울: 칼빈서적. 96-105.
3. 한의부인과학 교재편찬위원회. 한의부인과학(상). 서울: 정담. 2001; 157-62.
4. 김순열, 이태균. 봉루의 치법에 관한 문헌적 고찰. 대한한방부인과학회지.

- 1993; 6(1): 49-57.
5. 주병주 등. 5개월간 지속된 하혈을 주증으로 입원한 환자 치험 1례. 대한한방부인과학회지. 2002; 15(1): 170-7.
 6. 손영주. 자궁내막증식증에 의한 불루 환자 1례의 임상보고. 대한한방부인과학회지. 2003; 16(3): 250-60.
 7. 許浚. 東醫寶鑑1. 서울: 대성문화사. 1996; 174.
 8. 김윤근 등. 歸脾湯加味方으로 치료한 經行吐血 환자의 임상고찰. 대한한방부인과학회지. 2002; 224-31.
 9. 신재용. 방약합편해설. 서울: 전통의학연구소. 1993; 274.
 10. 전국한의과대학 본초학교실 공저. 본초학. 서울: 영림사. 1995; 337-8.
 11. 이재성, 엄현섭. 歸朮破癥湯이 endotoxin으로 유발된 흰쥐의 혈전증에 미치는 영향. 대한동의병리학회지. 1996; 10(2): 141-6.
 12. 최유덕. 새임상부인과학. 서울: 고려의학. 615-25.
 13. 김석모, 신광식, 김윤하. Medroxy-progesterone acetate(MPA)에 의한 자궁내막증식증의 치료효과. 대한산부회지. 1999; 42(8): 1655-60.
 14. 김영태 등. 자궁내막증식증의 임상병리학적 분석. 대한산부회지. 1995; 38: 990-7.
 15. 이태형. 기능성 자궁출혈의 치료. 대한산부회지. 1994; 37(4): 622-32.
 16. 송석호, 송병기, 이경섭. 癥瘕에 응용되는 歸朮破癥湯과 加味歸朮破癥湯의 효능에 관한 연구. 대한한방부인과학회지. 1995; 1(1): 213-30.
 17. 羅元愷. 中醫婦科學. 北京: 人民衛生出版社. 1988; 128-40.
 18. 張景岳. 婦人規. 廣東:廣東科技出版社. 1984; 90-9.
 19. 葉天士. 臨證指南醫案. 上海: 上海科學技術出版社. 1991; 672-81.
 20. 고지경 등. 폐경전 여성의 비정상 자궁출혈의 임상 및 병리학적 고찰-자궁내막 증식증의 예측인자의 평가. 대한산부회지. 2004; 47(1): 139-145.