

자궁근종에 의한 전자궁적출술 적응증 환자의 보존적 한방치료 증례

상지대학교 부인과 교실
정민영, 손영주

ABSTRACT

A Clinical Study of Uterine Myoma Cases
For Total Abdominal Hysterectomy(TAH)

Minyung Jung, Youngjoo Sohn

Dept. of Gynecology, College of Oriental Medicine, Sangji Univ.

Purpose : The purpose of this study was to investigate the clinical application of Traditional Korean Medicine(TKM) treatment to uterine myoma for TAH.

Methods : Two patients were diagnosed as uterine myoma for TAH in other Obstetrics & Gynecology hospital. They were treated by herbal medicine with each diagnosis in our hospital, and the first case was also treated by acupuncture, moxibustion and herbal acupuncture.

Results : After TKM, the uterine myoma size of the first case was reduced(12.2*7.3cm→9*7cm) significantly. And all the symptom of uterine myoma. Gonadotropin-releasing hormone(Gn-RH)'s side effects were improved. The metrorrhagia of the second case was stopped, and was not repeated during six month. The second symptoms of metrorrhagia were improved. So, the two cases don't need to have a TAH.

Conclusion : The results indicate that TKM can be effective for the management of uterine myoma for TAH without operation. Further study will be investigated in TKM for healing uterine myoma for TAH completely.

Key words : Uterine Myoma, Traditional Korean Medicine(TKM), Total Abdominal Hysterectomy(TAH)

I. 緒 論

자궁근종은 폐경 전, 후 여성 모두의 자궁에서 발생하는 자궁 평활근의 양성 증식을 말한다¹⁾. 가임기 여성의 20-30%에서 발생하는 것으로 보고되고 있으며, 40세 이상의 여성에서는 40-50%가 발견되는 매우 흔한 질병이다¹⁾.

자궁근종의 유병률이 높기 때문에, 자궁근종과 관련된 증상들의 발생률이 꽤 높을 것이라고 예상할 수 있으나, 자궁근종을 가진 모든 환자에서 증상을 나타내는 것은 아니다²⁾. 자궁근종의 임상증상은 20-50%에서 볼 수 있으며, 종양의 수, 크기 및 위치에 따라 비정상 자궁출혈, 골반 통증 또는 압박, 방광 용적 감소, 변비, 생식 기능 이상 등 다양한 증상을 나타낸다²⁾.

자궁근종의 임상 치료에 있어서 이러한 증상의 제어와 근종의 제거 혹은 소퇴가 치료의 원칙이 되어야 하겠지만, 실제 양방에서는 자궁적출술이 가장 보편적인 치료법이 되고 있다³⁾. 자궁적출술은 수술 후에 다양한 부작용과 심신장애 및 생식력의 상실을 유발할 수 있으며 삶의 질을 떨어뜨릴 수 있다. 특히나 현재의 많은 여성들은 늦은 나이까지 임신을 연기하려는 경향을 보이므로, 자궁을 보존하는 치료법을 선호한다²⁾.

자궁적출술의 대안적 치료로는 성선자극호르몬 유리 호르몬(Gonadotropin-releasing hormone, GnRH)를 이용한 내과적 치료, 근핵적출술, 동맥색전술, 자궁내막 제거술 및 기타 보존적 요법들이 있으나 자궁적출술의 비율을 감소시키지는 못하고 있다²⁾.

자궁근종은 한의학에서 넓게는 癥瘕,

崩漏⁴⁾의 범주에 속하며, 구체적으로는 石瘕, 血癥의 임상증상과 일치한다고 할 수 있다^{5),6)}. 자궁근종에 대한 한방치료 임상 목표는 비수술적인 치료를 적응함으로써 수술로 인해 환자에게 생길 수 있는 잠재적 위해 요인을 최소화하면서 삶의 질을 최대화할 수 있는 치료를 제공하는 것이다³⁾. 한방 치료는 근종에 대한 약물치료와 침구치료 및 기타 한방요법을 기반으로 하여 일반적 관리와 이러한 관리 수단으로 증상이 조절되지 않을 경우, 양방의 수술적 치료 단계로 전환되며, 수술 후의 보양과 자궁적출술 증후군의 예방관리로 임상 방향이 전개 될 수 있다고 하였다³⁾.

최근 5년간 한방분야에서 자궁근종에 대한 실험적 연구⁷⁾⁻¹⁹⁾와 증례 및 임상논문²⁰⁻²⁴⁾ 등이 활발하게 전개되고 있으나, 전자궁적출술 적응증 환자의 한방보존적 치료에 대한 임상증례보고는 없었다. 이에, 본원에서는 전자궁적출술 적응증 환자이지만, 보존적 한방치료로 임상증상의 개선 및 초음파 검사상 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 證 例

◇ 증례 1

1. 성명: 김 OO

2. 성별/나이: F/44

3. 초진일 및 치료 기간:

① 2004. 9. 10

② 2004. 9. 10 - 2005. 8. 22, 일주일

에 2-3회 정도 통원치료

4. 주소증:

- ① 종괴(자궁이 임신 6개월 크기임)
- ② 전신무력감
- ③ 안면홍조

5. 발병일:

2004년 5월 27일 원주의료원에서 자궁근종으로 진단 받음

6. 과거력: 특기사항 없음

7. 가족력: 특기사항 없음

8. 사회력:

흡연(-), 음주(-), 미혼, 주야 교대(격주) 12시간 근무.

9. 산과력: 0-0-0-0

10. 현병력

상기 발병일 몇 년전부터 배가 나왔다고 느꼈다가, 7-8개월 전부터는 급격하게 배가 나오고, 종괴감이 자각되어 2004년 5월 27일 원주 의료원 내원하여 전산화 단층 촬영 검사 결과 12*12*11 크기의 자궁 전벽의 종양(Degeneration of myoma)으로 진단받고, 임신 6개월 정도의 자궁크기로 복강경주 수술이 불가능하여 수술 전 처치로 GnRH 효현제 총 6개월 치료 과정 중 3개월간 주사를 맞았으며, 김 ○○ 한의원에서 3개월간 한약 약물 요법 받았음. 2004년 8월 19일 자궁근종 9cm로 감소양상이며 자궁기저부 후벽에 다른 자궁근종이 여러개 있다고 추가 진단을 받았으나, 안면홍조, 전신무기력, 두통등의 GnRH 효현제 투여 부작용이 나타나 GnRH 투여 치료 과정을 중단하였고, 중단 이후 12cm으로 자궁근종이 커지는 양상이었고, 환자가 미혼이며 자궁 적출을 원하지 않아서 적극적인 보존적 한방 치료를 위하여 2004년 9월 10일 본원에 내원함.

11. 본원 검사소견

Table I. The results of hormone test

Hormone	04. 10. 08	05. 2. 21	Normal range
CA125(U/ml)	22.2	17.7	0-36
Estrogen(pg/ml)	162	Over 1000	Post-meno below 40pg/ml cycle, 1-10day: 61-394 11-20day: 122-437, 21-30day: 156-350
FSH(pg/ml)	58.0 Post-meno	33.0	Post-meno: 42-126, Follicular: 3.3-8.8 Mid-cycle: 5.4-20.0, Luteal: 1.6-8.7
LH(pg/ml)	21.6 Post-meno	30.0	Post-meno: 11-50, Follicular: 0.6-6.2 Mid-cycle: 12-51, Luteal: ND-6.0
Estradiol(pg/ml)	24.0 Post-meno	110	Post-meno: below 30, Follicular: 10-200 Mid-cycle: 120-375, Luteal: 15-260
Progesterone(pg/ml)	0.23 Post-meno	0.43	Post-meno: below 0.11-0.90 Follicular: 0.15-1.4 Mid-cycle: 1.6-21.0, Luteal: 5.2-23.0
Prolactin(ng/ml)	16.1	-	3.6-18.9

12. 四診과 임상적 진단

1) 四診 所見

45세의 검은 피부의 마른체형(152cm 42.7kg)의 내성적인 성격으로 주야 교대(격주) 12시간 근무를 하여, 만성적으로 피로를 느꼈으며 오빠의 죽음으로 정신적 충격을 받은 적이 있었음. GnRH 투여 받은 이후로는 월경이 중단되고, 생리통 같은 양상의 하복통, 얼굴이 화끈거리는 증상, 질분비물 감소, 두통, 변비 등의 증상이 있었으며, Vital sign 은 정

상이며, 내원당시 혈압은 133/85이며 맥박은 66였고, 舌質微紅紫, 舌苔薄白, 脈遲弱.

2) 임상적 진단

- ① 辨病: 복식 전자궁적출술 적응증의 자궁근종(진단: 원주의료원) 癥瘕
- ② 辨證: 血虛 兼 寒濕瘀血

13. 한방치료 및 임상경과

1) 藥物療法

Table II. Progress & Treatment

Date	Progress	Treatment
2004. 9. 22	GnRH 주사 맞은 이후 3개월간 월경 중단되고, 생리통과 같은 하복통, 안면홍조, 질 분비물 감소	香附子八物湯加味 [*]
2004. 10. 20	안면홍조, 질 분비물 감소, 피곤 등의 제반 증상 소실, 하복통은 소실되었으나 복부 종괴감 호소 月經週期(35일), 期間(4일) 色(黑경향 有), 量(少), 血塊(有), 痛(別無)	少腹逐瘀湯 加味 ^{**}
2005. 5. 4	지속되는 야간 근무로 인한 무기력 호소	少陰人補中益氣湯加味 ^{***}
2005. 5. 18.	복부 종괴감 호소 月經週期(28일), 期間(4-5일), 色(紅), 量(1일 pad 4개), 血塊(無), 痛(別無) 등 月經의 정상화	少腹逐瘀湯 加味 ^{**}

* : 香附子, 當歸, 白芍藥 8g, 白朮, 白何首烏, 川芎, 陳皮, 炙甘草, 生薑, 大棗 4g, 烏藥, 穀穀, 唐木香 4g, 桔梗, 黃芪 8g, 枳實 6g, 地榆 4g, 土茯苓 6g, 益母草, 玄胡索 4g, 甘草 4g, 白朮, 蒼朮 6g

** : 小茴香 7개, 乾薑(炮) 6g, 元柴胡 4g, 沒藥 4g, 當歸 12g, 川芎 4g, 官桂 4g, 赤芍藥 8g, 蒲黃 12g, 五靈脂(炒) 8g, 香附子 12g, 山查, 五靈脂, 白豆蔻, 白芍藥, 白朮 6g, 黃砂仁, 陳皮, 甘草, 半夏(薑製), 玄胡索, 蒲黃(炒), 川芎, 人蔘, 生薑 6g, 大棗 4g, 烏藥, 枳殼, 赤芍藥, 土茯苓 8g, 三稜, 蓬朮, 夏枯草 4g, 桔梗, 黃芪 8g, 桂枝, 桃仁 10g, 鹿角霜 紫河車 8g

*** : 人蔘, 黃芪 12g, 白朮, 當歸, 陳皮, 炙甘草 4g, 蘇葉, 藿香 2g, 生薑, 大棗 6g, 日當歸, 小茴香 4g, 蒲黃, 五靈脂, 生薑 8g, 蒼朮, 川芎 6g, 烏藥, 乳香, 麥芽, 山查, 玄胡索, 橘皮 4g, 香附子, 穀穀, 蓬朮, 桃仁, 牛膝, 肉桂 4g, 鹿角 8g, 紅花, 蘇木 3g, 唐木香 4g

2) 針治療: 瘀血方(曲池 外關 瀉, 太白 太淵 補), 三陰交

氣海, 關元

3) 藥針 治療

② CF(紅花): 腎俞, 志室

① BUM(熊膽, 牛黃, 麝香 혼합제):

4) 灸療法: 關元과 關元 兩傍 0.5 寸 (神氣灸)

5) 초음파로 확인한 자궁근종의 크기

Table III. Ultrasonograph F/U.

Date	Ultrasonograph F/U
2004. 5. 27	12*12*11
2004. 8. 19	9*7.3cm
2004. 9. 18	12*7.3cm
2004. 9. 30	12.2*7.3cm - 경과 좋다 판단되어 수술 유보
2004. 11. 3	9.9*7.2cm
2004. 12. 13	8.9*7.2cm
2005. 4. 18	9*7cm
2005. 6. 14	9*7cm - 크기 감소 양상 타 산부인과에서 수술하지 말도록 권유 받음

◇ 증례 2

1. 성명: 홍 00

2. 성별/나이: F/48

3. 초진일 및 치료기간:

- ① 2005. 2. 23
- ② 2005. 2. 23 - 4.18

4. 주소증:

- ①崩漏
- ②面色蒼白黃, 眩暈, 頭痛
- ③全身無氣力(일상생활 불가)
- ④胸悶, 動悸, 舌燥

5. 崩漏 발병일: 2003년(약 2년 전)

6. 과거력 : 특기사항 없음

7. 가족력 : 특기사항 없음

8. 사회력: 흡연(-), 음주(-), 기혼.

9. 산과력: 1-1-0-1

10. 현병력

상기 발병일 이전 겨울에 6개월간 콘테이너에서 자는 등 기거가 부정확한 뒤로 3-4개월은 월경을 안 하다가, 상기 발병일에 2-3달간 하혈 증상 지속되어 산부인과에서 과로와 스트레스가 원인이 되어 자궁벽의 비후로 인한 출혈이라고 진단받고, 양약 복용하였으나, 2-3개월에 한번씩 15-20일간 崩漏 나타나서 강릉 산부인과에서 자궁출혈로 자궁적출술 권유받았음. 본인의 의사로 시술받지 않았음. 2005년 1월부터 2월 11일까지 약 40여일간 崩漏 지속되고 상기 증상 더욱 심해져 본원에 한방치료 받고자 2005년 2월 23일에 내원함.

11. 검사소견

1) 타 병원
초음파상 자궁체부의 뒷부분에 4.1×3.2cm이며 출혈성 자궁근종이라고 사료

되며, 자궁내막의 두께가 0.9cm 으로 증식되어 있는 상태임.
2) 본 원

Table IV. The results of lab

Lab/Date	05. 2. 23	05. 4. 18	Normal range
RBC(μl)	2.77×106(↓)	W.N.L	3.5-5.5×106
HGB(g/dl)	3.8(↓)	8.5(↓)	11.5-16.5
HCT(fL)	16.0(↓)	31.0(↓)	35.0-55.0
혈액 검사 소견(CBC) MCV(pg)	57.8(↓)	W.N.L	75-99
MCH(g/dl)	13.7(↓)	21.7(↓)	25-35
MCHC(g/μl)	23.8(↓)	27.4(↓)	32-37
RDW	W.N.L	29.8	

12. 四診과 임상적 진단

1) 四診

상기환자는 48세의 통통한 체격(159cm, 58.5kg)으로 남편과의 불화 및 생활고로 항상 스트레스를 받았음. 상기 발병일 이전 기거가 부정확한 뒤로 3-4개월은 월경을 안 하다가, 2-3달간 하혈 증상 지속되었고, 2-3개월에 한번씩 15-20일간 붕漏 나타났으며, 2005년 1월부터 2월 11일까지 40여일간 대량 출혈 증상 지속되어面色이 창백하고 누르고,眩暈,頭痛, 全身無氣力(일상생활 불가), 胸悶, 動悸, 舌燥등의 증상을 호소하였으며, 소화가 잘 안되고 殘尿感 있고, 淺眠 나타난 상황으로 내원 당시 vital sign은 정상으로 혈압은 113/67 맥박은 82회였고, 舌質紅, 舌苔薄白, 脈微數弱.

2) 임상적 진단

- ① 辨病: 출혈성 자궁근종(진단: 미래산부인과)으로 전자궁적출술 권유받음 붕漏, 癥瘕
- ② 辨證: 血虛 兼 氣鬱

13. 한방치료 및 임상경과

1) 藥物療法

香附子 八物湯 加味: 烏藥, 穀穀, 唐木香 4g, 枳實 6g, 柴胡 4g, 梔子 3g, 白屈菜, 石決明 6g, 黃芩 3g, 阿膠 4g, 益母草 4g, 白茯苓, 牡丹皮 4g, 鹿角霜 8g, 地榆(炒黑), 荊芥(炒黑) 8g

2) 임상 경과

임상 증상의 소실과 月經週期, 月經期間 7일, 色(N), 量(감소 경향), 塊(+), 痛(-) 붕漏 소실된 상태로, 차후 지속적 출혈 예방과 자궁근종 관리가 필요하다고 고지하였으나, 환자의 경제적 사정으로 치료가 중단되었으며, 05년 10월말 본원에 내원 시 확인한 바에 의하면 치료 받은 후 6월경주기 동안 정상적인 월경양상을 유지함.

3) 초음파로 확인한 자궁근종의 크기

Table VI. Ultrasonograph F/U

Date	Ultrasonograph F/U
05. 3. 3	4.1*3.2cm
05. 4. 18	4.0*3.2cm

Ⅲ. 考 察

자궁근종은 자궁 평활근층 내의 섬유성질환이며, 세포외 바탕질과 성장을 위한 이상 신생 혈관으로 구성된 하나의 복잡한 구조물이다²⁾. 생식연령에 있는 30세-45세의 여환에서 호발하며, 악성종양으로의 변화는 0.5% 미만으로 발생하며, 가족력이 있는 질환으로 알려져 있다^{7,9)}. 자궁근종의 유전학적 이상소견으로 에스트로젠과 황체호르몬 수용체의 증가, bcl-2단백의 증가 등이 있다²⁾. 그 외에 Transforming Growth Factor β (TGFβ) & f, Heparine-binding growth factors, Insuline-like growth factors 등이 자궁근종의 원인 인자로 관계할 것으로 보고되고 있지만, 그 발생과 성장기전에 대하여 명확한 규명이 되어 있지 않는 실정이다²⁾.

자궁근종의 서양의학적 치료 방법으로는 기대요법, 외과적 방법과 내과적 방법, 기타 대체 요법이 있으며, 증상이 없다면 6개월 마다 정기적 진단을 하는 기대요법을 하고, 증상이 있다면 근종의 크기와 위치, 증상의 정도, 연령, 출산력, 환자의 임신기대도와 같은 많은 인자에 따라 적절한 치료에 대해 평가하게 된다²⁾. 외과적 요법에는 근종절제술과 자궁절제술이 있을 수 있다¹⁾. 세분하면 개복술, 복강경, 질식등으로 구체적 수술방식이 달라지고, 자궁적출의 경우에는 다시 자궁경부를 보존하는 경우와 부속기를 함께 제거하는 경우 등으로 구분할 수 있다¹⁾. 내과적 방법은 GnRH 효능제, GnRH antagonist, Androgen, Interferon 등의 방법이 있고²⁾, 주로 GnRH 효능제 이용하여 인위적으로 폐경과 같은 상태

를 만들어 estrogen에 의존하는 자궁근종의 성장을 억제하는 치료법이 사용된다³⁾. 그러나, 내과적인 방법은 외과적 요법에 보조적으로 사용되거나, 근종크기, 출혈을 조절하기 위한 술전 처치로 사용되고 있다²⁾. 따라서, 최근의 연구 결과에서 가장 두드러진 것은 자궁적출술의 대체 요법들이 자궁적출술의 비율을 감소시키지 않는다는 것이다³⁾.

자궁적출술의 기본적인 적응증은 자궁근종, 비정상 자궁출혈, 골반염, 비정형성 자궁내막증식증, 골반통, 자궁탈, 난소종양, 자궁경부 상피내 종양, 산과적 합병증 등¹⁾이지만, 우리나라에서 시행되는 전자궁적출술에 있어 45%에서 자궁근종이 원인이 되어 시술되고 있다²⁾. 자궁근종 이환시 자궁절제술의 시행되는 기준은 다음과 같다. ① 자궁의 크기가 임신 12-14주 크기 이상일 경우, ② 월경과다를 동반한 점막하 근종, ③ 급속히 성장하는 경우, ④ 유경성 근종, ⑤ 인대내 근종, ⑥ 골반염, 자궁내막증과 같이 다른 골반질환과 같이 있는 경우, ⑦ 암에 대한 공포가 있을 경우 등²⁵⁾이다.

자궁적출술은 수술 자체의 치명율은 높지 않지만²⁶⁾, 자궁적출술을 받게 되면 임신이 불가능하고, 2차적 합병증의 빈도도 상대적으로 높아서 수술 받은 환자의 25%에서 50%가 비뇨기계 이상, 성적기능 이상, 소화기계 이상, 요통, 골반통, 피로, 우울증 등 한 가지 이상의 합병증을 호소한다^{27,28)}.

자궁근종은 한의학에서 癥瘕, 崩漏⁴⁾의 범주에 속한다고 할 수 있으며, <<靈樞·水脹>>²⁹⁾ “石瘕는 胞中에서 생기는데 寒氣가 子宮 入口에 침입하여 子宮 入口가 폐색되면 氣가 통하지 않고 惡血

은 마땅히 瀉해야 함에 瀉하지 못하여 응결된 채 머물러 있으면 날을 따라 커져 임신한 것처럼 되며 월경이 제때에 오지 않습니다.(이런 병은) 모두 여자에게 생기는 것으로 가히 引導하여 내려가게 할 수 있습니다.”라고 하여, 구체적으로는 자궁근종은 石瘕와 부합한다고 할 수 있다. 瘕瘕의 원인은 氣滯, 瘀血, 濕痰²⁵⁾ 등으로 볼 수 있다. 瘕瘕 자체는 대체로 實證의 병태를 나타내나, 그 素因은 正氣虛弱, 血氣失調와 많은 관계가 있다고 하였다. 正氣虛弱은 자궁근종의 주요한 病機로서 일단 형성되면 邪氣가 머물러 심해져서 正氣가 더욱 손상된다. 그러므로 후기에는 正氣가 虛하고 邪氣가 實한 虛實이 섞여 있는 癰疾이 된다⁴⁾. 따라서, 자궁근종을 치료함에 있어서, 《醫學入門·瘕瘕》³⁰⁾에서 “瘕瘕를 調其하는 자는 그 氣를 調하고 그 血을 破하며 그 食을 消하고 그 痰을 豁하면 그의 大半이 衰해서 멈추게 되니 猛攻峻旋해서 元氣를 傷해서는 안되는 것이다. 扶脾 正氣해서 그의 自化를 기다려야 한다.”라고 하였다.

자궁근종의 한방 보존적 치료에 있어서는 임상 증상의 개선 자궁근종의 소퇴와 자궁근종의 재발 방지, 수태능력 보존을 목표로 하며, 환자의 연령, 출산력, 임신 상태, 출산 욕구, 다른 질환과의 합병 여부, 환자의 전반적 건강, 증상, 크기 위치 등에 따라 개별적 치료 목적과 치료 기간은 달라질 수 있다³⁾. 구체적으로 한의학의 자궁근종에 대한 치료 적응증은 양방의 수술적응증 이외의 환자에게 많이 적용되며, 출혈과 골반통이 있는 환자의 경우는 1차적 한방치료의 반응 여부를 먼저 살피고 이어서 반응이 나타

날 경우 임상증상의 관리를 우선적으로 고려하면서 자궁근종의 성장을 억제 혹은 축소를 도모하는 치료를 적용하게 된다. 반면 이러한 관리 수단으로 증상이 조절되지 않을 경우에는 양방의 수술적 치료 단계를 전환되며, 수술 후의 보양과 자궁적출술 후 증후군의 예방관리로 임상의 방향이 전개될 수 있다³⁾. 최근 5년간 자궁근종에 관한 임상 보고²⁰⁻²⁴⁾가 있었으나, 전자궁적출술 적응증 환자의 한방보존적 치료를 시행한 임상보고는 극히 드물게 보고되어, 본 증례를 발표하는 바이다.

본 증례 1은 45세의 여환으로 검은 피부의 마른체형(152cm 42.7kg)으로 주야 교대(격주) 12시간 근무를 하여, 만성적으로 피로를 느꼈으며 오빠의 죽음으로 정신적 충격을 받은 적이 있었고, 2004년 이전 몇 년전부터 배가 나왔다고 느꼈으나, 미혼으로 자궁 질환을 의심하지 않아 별무치료 하였다가, 급격하게 배가 나와서 2004년 5월 27일 원주 의료원에서 전산화 단층 촬영 검사 결과 12*12*11 크기의 자궁 전벽의 종양(Degeneration of myoma)으로 진단받았고, 임신 6개월 정도의 자궁크기로 복강경 근종절제술이 불가능하여 수술 전 처치로 총 6개월간 GnRH 호르몬제 투여 받을 계획이었고, 본원 내원시에는 3개월간 GnRH 호르몬제 투여 받았다. 이 환자의 경우 근종 크기가 12*12*11로 거대하여 술전 단기 전 처치로 GnRH 호르몬제를 주사받은 것으로 사료되고, 본원 내원 당시에는 GnRH 투여 부작용으로 안면 홍조 등의 갱년기 증상과 전신무력감, 두통등을 호소하였으며, 이런 부작용으로 인하여 GnRH 호르몬제 투여를 중단

한 결과 반동효과로 인하여 9cm으로 축소되었던 자궁근종이 원래 크기(12cm)로 돌아온 상태였다. 본 환자는 거대 자궁근종으로 자궁적출술 적응증 환자이나, 미혼으로 자궁보존욕구가 강하였다. 따라서, 환자의 임상증상을 제어하면서 자궁근종 크기의 유지 혹은 축소를 임상 목표로 하였고, 2004년 9월 10일부터 2005년 8월 22일까지 약물요법과 일주일에 2-3회 침구 및 약침요법을 시행받으면서, 지속적으로 초음파 F/U으로 자궁근종의 크기 변화를 관찰하였다. 상기환자는 오빠의 죽음으로 인한 정신적 스트레스가 크게 작용하여 癥瘕를 심화시켰다고 사료된다. 초진시 四診소견상 血虛兼 寒濕瘀血로 辨證하여, 補法을 위주로 하고 攻法을 겸하는 치료법을 선택하였다. 따라서, 약물치료는 9월 22일부터 10월 19일까지는 香附子八物湯加味方을 투여하였다. 氣滯가 자궁근종의 유발 인자이면 병리 변화의 주된 요인이 되며²⁵⁾, 香附子八物湯은 李³¹⁾의 《東醫壽世保元》에 처음으로 수록되어 “婦人思慮傷脾 咽乾舌燥 隱隱有頭痛”에 神效하다고 하였으며, 思慮傷脾 및 스트레스 유발된 질환에 응용되고 있어, 氣鬱의 경향이 많은 부인의 경우에 다용되는 처방이다³²⁾. 香附子八物湯의 방제를 살펴보면, 八物君子湯의 變方으로 볼 수 있는데, 八物君子湯은 補氣의 主方인 四君子湯과 補血의 主方인 四物湯을 합한 八珍湯에서 유래한 것으로 보이며, 人蔘과 黃芪 대신에 香附子와 白何首烏가 들어가고 補血藥을 증량하였다³³⁾. 안면홍조, 질분비물 감소 및 피곤등의 임상증상이 소실되었고, 2004년 10월 8일에 시행한 호르몬 검사시 FSH, LH가 증가하고,

Estradiol과 Progesterone이 감소하는 등 폐경 양상을 보였으나, 2005년 2월 21일에 시행된 추가 호르몬 검사 결과 정상으로 회복하였다. 10월 20일부터는 복부 종괴감만을 주로 호소하여 2005년 5월 3일까지 少腹逐瘀湯을 투여하였다. 少腹逐瘀湯은 《醫林改錯》³⁴⁾에 최초로 수록된 처방으로 活血祛瘀, 溫經散寒의 효능이 있어 소복부의 虛寒性 瘀血로 인한 동통, 종양, 출혈, 월경통 등을 치료하며 임상적으로 만성 골반염, 불임, 자궁내막 증식증, 자궁근종, 자궁암 등의 부인과 질환에 광범위하게 응용하고 있다³⁵⁾. 2005년 5월 4일에는 지속적인 야간 근무로 인하여 피로를 많이 호소하여 少陰人補中益氣湯加味를 일시적으로 투여하였으며, 5월 18일부터 7월 13일까지는 다시 少腹逐瘀湯을 투여하였다.

한약투여 외에 시행한 치료법은 장부의 불균형을 보강하기 위해 針治療로는 瘀血方, 三陰交, 關元和 關元 兩傍 0.5寸 灸療法(神氣灸)를 활용하였으며, 약침요법으로 氣海, 關元 BUM, 腎俞, 志室에는 CF를 활용하였다. 임상증상의 소실 및 월경주기와 양의 정상화 등 월경이 개선되고, 초음파상 자궁근종 크기의 증가중지 및 축소 양상을 보여 폐경까지 관찰 요법을 하도록 지도하고 치료를 종결하였다.

본 증례 2의 환자는 48세의 통통한 체격(159cm, 58.5kg)으로, 남편과의 불화 및 생활고로 스트레스를 받았으며, 2002년 겨울에 6개월간 콘테이너에서 자는 등 기거가 부정확한 뒤로 3-4개월은 월경을 안 하다가, 2003년에 2-3달간 하혈 증상 지속되어 산부인과에서 과로와 스트레스로 인하여 자궁벽의 비후로 인한 출

혈이라고 진단받고, 양약 복용하였으나, 2-3개월에 한번씩 15-20일간 붕漏 증상 나타나서 강릉 산부인과에서 자궁출혈로 자궁적출술 권유받았으나, 본인의 의사로 시술받지 않았고, 2005년 1월부터 2월 11일까지 약 40여일간 붕漏 지속되고 출혈로 인한 2차 증상으로 면색이 창백하고 누르고, 眩暈, 頭痛, 全身無氣力 등의 증상 심해져 일상생활이 불가능한 정도로 본원에 한방치료 받고자 2005년 2월 23일에 내원하였다. 내원 당시 혈액 소견은 RBC $2.77 \times 10^6 / \mu\text{l}$, HGB 3.8g/dL (정상범위: RBC $3.5-5.5 \times 10^6$, HGB: 11.5-16.5) 등 CBC 수치가 매우 감소된 상태였다. 상기 환자는 方約之³⁶⁾의 塞流, 澄源, 復舊 등의 붕漏의 3대 치법을 따라, 첫 번째 단계로 급성출혈의 지혈, 재발의 방지와 정상월경주기의 회복을 목적으로 초진시 四診소견상 氣鬱 兼 血虛로 辨證되어, 解鬱과 補氣血을 통한 자궁출혈을 塞流시키고자 香附子八物湯에 鹿角, 地榆(炒黑), 荊芥(炒黑) 등을 加味해 투여하였다. 또한, 붕漏의 기질적 원인을 배제하기 위하여 추가적인 초음파 및 기타 검사를 지도하였다. 2005년 3월 3일 4.1*3.2cm의 출혈성 자궁근종으로 진단받고, 자궁내막의 두께가 0.9cm로 자궁내막이 증식되어 있는 상태로 전자궁적출술 다시 권유받았다. 이와 같이 자궁근종과 관련해서 가장 흔한 두 가지 비정상 출혈 패턴은 월경과다와 부정자궁출혈이다²⁾. 자궁근종과 관련된 비정상 자궁 출혈의 병리는 알려져 있지 않다. 자궁근종과 관련된 비정상 출혈의 기전을 설명하는 다양한 가설은 다음과 같다²⁾. ① 자궁내막 표면적의 증가, ② 자궁으로의 혈류와 혈관의 증가, ③ 정상 자

궁수축력 방해, ④ 점막하 근종위의 자궁내막 궤양, ⑤ 자궁근층내 정맥총 압박 및 자궁근종에 대한 더 최근의 기초과학 연구는 혈관 기능과 혈관 생성에 직접적인 영향을 미치는 몇몇 성장요소 (growth factor)나 수용체의 조절이상을 제시한다. 유증상 근종 환자 중 특히, 출혈을 동반한 환자의 경우 대량 출혈로 인하여 빈혈 등 2차적 증상을 초래할 수 있으며, 빈혈을 유발하지 않더라도 자궁근종과 관련된 대량의 월경량은 생리대의 잦은 교체를 요하므로 여성의 작업 또는 사회적 생활에 대단한 방해를 초래하므로 흔히 자궁적출술 등이 행해진다³⁷⁾. 따라서, 본 환자의 경우, 다량의 출혈 경향을 보여 여러 차례 전자궁적출술을 권유받았으나 거부하고 한방치료 원하였다. 한약 복용 후 환자의 출혈양상이 지혈되었고, 임상증상의 개선이 보였으며 月經週期(30일), 月經期間(7일), 色(N), 量(감소 경향), 痛(-), 塊(+)로 붕漏가 소실되었으며, 2005년 4월 18일에 시행한 혈액 검사 결과 RBC는 정상이 되었고, HGB은 8.5g/dL로 개선(초진시: RBC $2.77 \times 10^6 / \mu\text{l}$, HGB 3.8g/dL)되었으며, 자궁근종은 4.0cm*3.2cm으로 크기 유지하여, 차후 출혈의 원인이 되는 자궁근종 억제 또는 축소를 도모하기 위한 한방치료가 필요하다고 고지하였으나, 환자의 경제적 사정으로 치료가 중단되었으며, 05년 10월말 본원에 내원시 확인한 바에 의하면 치료 받은 후 6월경주기 동안 정상적인 월경양상을 유지하고 있었다.

이상은 자궁근종으로 인한 자궁적출술 적응증 환자를 약물 및 침, 구, 약침요법 등의 한방 치료한 임상보고로서, 자궁적출술 적응증 환자라도 자궁을 보

존하고자 하는 욕구가 강하고, 임신을 원하는 가임기 여성인 경우에는 한방치료의 치료 경과를 보고 한방치료를 지속할 수 있는 근거자료가 될 수 있다고 판단된다.

IV. 結 論

자궁근종에 대한 한방치료는 주로 유증상의 수술 적응증 이외의 환자들에게 많이 적용되었다. 그러나 거대 자궁근종 또는 출혈 증상으로 인한 전자궁적출술 적응증 환자 임상례를 통하여 한의학적인 이론과 치료가 전자궁적출술 적응증 환자에게도 약물과 침구 치료 등 한방치료의 일차적 관리 수단에 반응하는 경우에는 유효함을 알 수 있었다. 자궁근종은 자궁적출술은 유발하는 주원인이므로 한의학적인 이론과 치료가 자궁적출술의 비율을 감소시키는 데 기여할 수 있으리라 사료된다.

- 투 고 일 : 2006년 10월 24일
- 심 사 일 : 2006년 10월 30일
- 심사완료일 : 2006년 11월 06일

參 考 文 獻

1. 대한산부인과학회. 부인과학. 제 3판, 서울: 칼빈서적. 1997:176, 183, 175-183.
2. 조치흠, 권상훈. 자궁근종의 병인과 치료. 대구: 계명대학교 출판부. 2005 :9, 21, 49, 50-51.
3. 김동일. 자궁근종의 한의학 연구 경향 과 임상적 접근에 관한 연구. 대한한방부인과학회지. 2006;19(2):240-260.
4. 김종환. 자궁근종의 치료법에 관한 한 의학적 고찰. 대한한방부인과학회지. 1998; 11(1):209.
5. 배은경, 이경섭, 송병기. 자궁근종의 한의학적 접근. 1994;7(1):79-86.
6. 이태균. 자궁근종에 관한 고찰. 대한 한방부인과학회지. 2003;16(1):164-9.
7. 백영선, 백승희. 계혈등의 Beta-sitosterol 성분이 자궁근종세포의 증식억제와 세포자멸사의 유도에 미치는 영향. 대한한방부인과학회지. 2005;18(1):181-191.
8. 한지영 등. 반지련과 귀전우에 의한 자궁근종세포에서의 aromatase 활성화도 억제효과에 관한 연구. 대한한방부인과학회지. 2004;17(4):91-100.
9. 김민성 등. 반지련의 Bcl-2 발현감소를 통한 자궁근종세포 성장 억제에 미치는 효과. 대한한방부인과학회지. 2004;17(4):82-90.
10. 송영림, 김동일, 이태균. hCG 로 유도된 자궁근종세포와 자궁평활근 세포의 증식에 대한 반지련의 억제효과. 대한한방부인과학회지. 2004;17(3):92-104.
11. 김화 등. 자궁근종세포에서의 반지련에 의한 IGF-I 발현 조절에 관한 연구. 대한한방부인과학회지. 2004;17(3):82-91.
12. 이지연, 김동일, 이태균. 귀전우에 의한 자궁근종세포와 자궁평활근세포에서의 PKC 활성화도 조절에 관한 연구. 대한한방부인과학회지. 2004;17(3):54-71.
13. 오민주 등. 반지련의 GnRH agonist

- 유사활성에 의한 자궁근종 배양세포 성장억제 효과. 대한한방부인과학회지. 2004;17(3):44-53.
14. 성준호 등. 귀전우가 자궁근종세포와 정상 자궁내막세포의 성장과 TGF- β 1에 미치는 영향. 대한한방부인과학회지. 2004;17(3):14-25.
 15. 전미혜 등. 오적산이 자궁근종세포의 사멸과 Cell Apoptosis에 미치는 영향. 대한부인과학회지. 2003;16(2):45-55.
 16. 김동철 등. 향부자가 자궁근종세포의 성장억제와 MAP Kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향. 대한한방부인과학회지. 2003;16(2):18-33.
 17. 이영림, 백승희. 소복축어탕이 자궁근종세포의 성장억제와 MAP Kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향. 대한한방부인과학회지. 2003;16(2):1-17.
 18. 김윤근 등. 반총산이 자궁근종세포의 사멸과 Cell Apoptosis에 미치는 영향. 대한한방부인과학회지. 2003;16(2):34-44.
 19. 김소연, 백승희. 격하축어탕이 자궁근종 세포의 증식와 MAP Kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향. 대한한방부인과학회지. 2002;15(4):1-16.
 20. 자궁근종환자 41례에 대한 임상적 고찰. 대한한방부인과학회지. 2006; 19(1):272-285.
 21. 박준식 등. 자궁근종 환자 6예에 대한 임상경과 보고. 대한한방부인과학회지. 2005;18(4):230-241.
 22. 박영선, 김동철, 백승희. 자궁근종 2례 임상경과 보고. 대한한방부인과학회지. 2004.
 23. 이보라 등. 자궁근종 1례에 대한 임상보고. 대한한방부인과학회지. 2004; 17(1):231-8.
 24. 호르몬 대체요법 중 증대된 자궁근종 환자 1례의 임상에 관한 연구. 2002;15(4):238-246.
 25. 한의부인과학 교재 편찬 위원회. 한의부인과학. 서울. 정담. 2002; 303, 305.
 26. Coulter A, Mepherston K. Socioeconomic variations in the use of common surgical operations. Br Med J 1986; 291:183-7.
 27. Parys BT et al. The effects of simple hysterectomy on vesicourethral function. Br J Urol 1989; 64: 594-9.
 28. Dicker RG et al. Complication of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol. 1982; 144: 841-8.
 29. 譯者 李慶雨. 編注解釋 黃帝內經靈樞. 여강출판사. 서울: 2000; 3권의 59.
 30. 李槌. 精校醫學入門國譯. 동양종합통신대학교육부. 부산: 1973; 679.
 31. 李濟馬. 東醫壽世保元. 서울. 행림출판. 1996; 70.
 32. 홍형용, 이을호. 四象醫學原論. 서울. 행림출판사. 1989; 230.
 33. 이승기, 김종우, 황의완. 향부자팔물탕이 구속스트레스 흰쥐의 항스트레스와 면역반응에 미치는 영향. 동의 신경정신과학회지. 1997; 8(1) : 81-93.

34. 王淸任. 醫林改錯. 臺北. 집문서국. 1975; 66, 107-109.
35. 신재용. 방약합편해설. 2판. 서울: 성보사. 1989; 445.
36. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울: 대성문화사. 1982; 717.
37. 김평식 등. 자궁적출술 방법에 따른 임상적 고찰. 2004;47(6): 1195.1191-1198.