

子宮內膜腫 患者 2例에 대한 臨床的 考察

김 동 일 · 이 태 군*

ABSTRACT

A Clinical study of endometrioma

Kim Dong-Il , O.M.D., Lee Tae-Kyun , O.M.D.,Ph.D.*
*Dept. of Obstetrics & Gynecology,
College of Oriental Medicine, Dongguk University.

Recently we treated 2cases of endometrioma. The one get very effective result by herbal medicine and acupuncture, but the other can't get it.

Edometriosis is the presence of endometrial tissue outside the uterus. And the endometriosis of ovary which made cyst is endometrioma. it is usually located on the anterior surface of the ovary.

The prescriptions of herbal medicine are *Banchongsangagam*(蟠蔥散加減) and *Geybacktang gam*(桂朴湯加減). The prescriptions of acupuncture are LI₄, LIV₃, SP₆, CV₄, Jagung(子宮) and Shinmun(神門, 耳). We respect more and more clinical study and to share with its result.

Key words : Endometriosis, Endometrioma, herbal medicine, acupuncture,

*동국대학교 한의과대학 부인과학 교실

I. 서 론

子宮內膜症(endometriosis)은 성장, 증식 및 출혈 등과 같은 기능이 있는 자궁내막조직이 자궁강 이외의 부위에 존재하는 것을 말하는데, 난소 내에 자궁내막증이 존재하여 그 부위가 종괴로 분류될 수 있을 만큼 커진 경우를 子宮內膜腫(endometrioma)이라 한다. 이것은 자궁내막성낭종(endometrial cyst), 혹은 초콜렛 낭종(chocolate cyst)로도 알려져 있다. 병리조직학적으로 난소기질내에 자궁내막세포들로 이루어진 낭성공간이 있고, 그 하부에 자궁내막기질세포들이 보인다. 자궁내막종은 광범위한 낭종내출혈에 의해 몇 달 안에 아주 커질 수도 있다¹⁾.

양방에서는 자궁내막종의 치료를 위해 외과적인 방법으로 복강경과 개복술에 의한 낭종제거술 및 부속기 적출술 등을 시행하고 있는데, 직경 1cm 이상의 자궁내막종이나 난소 깊숙이 병변이 있는 경우에는 개복술을 시행하는 것이 바람직하다고 보고 있다¹⁾.

또 내과적인 방법으로는 acyclic low estrogen 호르몬 환경을 형성하여 병변의 위축을 유발하고, 병변에서의 "miniature menstruation"을 억제하는 동시에 월경 시에 역류되는 정상적인 자궁내막조직의 골반내 착상을 방지하는 것으로서 GnRH agonist를 사용할 수 있으며, 또 acyclic high androgen 호르몬 환경을 형성하여 병변의 위축을 직접 유발하고, 부수적으로 발생하는 저여성호르몬 환경으로 인하여 난소 난포의 성장과 발달을 억제하기도 한다. 다나졸(Danazol) 투여가 이런 방법의 대표적인 예가 된다²⁾.

중국의 중의학계에서는 자궁내막증을 痛經, 不孕, 癥瘕, 少腹痛 등의 범주로 인식하고 있으며, 이에 대한 辨證治療나 專方治療 보고들이 많은 편이다¹⁴⁻²³⁾.

우리 나라 한의학계에서는 이(1995)³⁾의 "자궁내막증에 대한 문헌적 고찰"이 발표된 바 있다. 또 관련 실험논문으로서 자궁내막증 등에 의한

통증 억제와 관련하여 이 등(1996)⁴⁾의 "內膜Ⅱ號丸의 Phospholipase A₂ 활성억제능에 관한 연구"가 있으며, 권 등(1996)⁵⁾이 자궁내막증 병태 모델을 이용한 연구로서 "內膜Ⅰ號丸의 자궁내막증 백서의 치료효과에 관한 연구"가 있다. 그러나 자궁내막증 환자의 구체적 증례에 대한 연구발표가 없어 자궁내막증 환자에 대한 임상과정을 체계적으로 수행하는데 다소 어려움이 있었다. 이에 동국대학교 의료원 동국한방병원 부인과에 내원하였던 자궁내막종 환자 2례에 대한 진료기록을 중심으로 진료과정과 관련 자료의 조사를 통해 얻은 지견을 보고한다.

II. 증 예

1. 조사대상

각각 1997년 3월 10일과 4월 26일에 동국대학교 의료원 동국한방병원 부인과에 내원하여 외래 치료한 자궁내막종 환자 2명을 대상으로 하였다.

2. 증례개요

1) 증례A

내원일 : 1997년 3월 10일 한의사의 소개로 내원함

연령 : 25세

주소 : 서울 송파구

주소증 : 월경 때의 반복적인 하복통

현병력 : 97년 3월 8일 월경통이 심하여 S병원 산부인과에서 경직장 초음파 검사를 통해 우측 부속기의 6.28×3.68cm 크기인 자궁내막종(Rt adnexa endometrioma)으로 진단 받고 수술을 권유받았으나 한방치료 방법에 대한 기대를 가지고 개업 한의사의 소개로 내원하였다.

신장 158cm, 체중 53kg 정도의 약간 통통한 체격의 여성으로 얼굴에는 面瘡가 좀 있었고, 초

경은 14세 때였고, 월경통은 19세 때부터 자각되었다.

평소 월경 시에 양측 소복부, 특히 우측에 날카로운 것으로 에는 듯한 심한 통증이 때때로 느껴지며, 이와 함께腰痛, 薦骨痛, 排便痛, 下肢無力 등이 있으며, 心下痞, 腹脹, 便秘 등이 수반되었고, 월경전 1일부터 월경기간 내내 특히 少腹痛이 심하였다. 월경주기는 30일로 비교적 규칙적인 편이었고, 월경기간은 5일 정도이며 月經量은 보통으로 한 주기당 생리대 15-20장 정도를 사용하였다. 월경 색은 暗黑하고, 有塊하였다. 최종월경일은 97년 2월 28일이었다.

帶下는 양이 많은 편이며, 황색이며 外陰에 대한 자극증상은 없었다. 평소 손발이 차고 소변은 頻數하며, 변비가 심하여 변비 약을 상복하여 매일 便通하였다. 식후에 心下痞滿이 심하였고, 월경 전에는 乳房痛, 腹脹, 浮腫이 많은 편이었으며, 예민해지고 공격적이며, 疲困, 睡眠障碍, 眩暈 등이 나타났다.

혈압은 110/70이었으며, 보통 체격으로 복진상 心下에 가벼운 압통이 있었으며, 양측소복부에는 壓痛이 심하였는데, 특히 우측을 按壓하는 순간 날카로운 통증을 느꼈다. 경직장양수진에서 좌측 난소의 증대와 자궁방부의 결절감을 확인할 수 있었다. 脈은 弦滑하였으며, 舌紫暗而苔膩하였다.

과거력 :

1995년 7월 5일 심한 월경통으로 S병원 산부인과에서 경직장양수진과 경직장초음파검진을 통해 좌측부속기에 발생한 3.9cm×3.9cm의 자궁내막종을 발견하고 7월 20일 개복하여 적출수술(Lt Ovarian cyst Enucleation)을 시행하였으며, 이후 6개월간 Danazol을 투여 받았다.

가족력 : 환자가 언급하는 특기할 가족력은 없었다.

사회력 : 무역회사에 근무하는 미혼의 직장여성으로 원만한 성격이었고, 낙천적이었다.

impression :

- ① secondary dysmenorrhea ; endometrioma
- ② 經行腹痛
- ③ 血癥
- ④ 氣滯血瘀兼濕痰阻滯

투약 및 치료경과

3월 10일

治法 : 利氣活血溫經止痛消積

medication : 蟠蔥散加減(香附子 金銀花 各8g, 益母草 6g, 蒼朮 甘草 白茯苓 玄胡索 桂枝 乳香 穿山甲 鼈甲 夏枯草 牛膝 小茴香 急性子 各4g, 三棱醋炒 蓬朮醋炒 青皮 乾薑 乳香 各3g, 丁香皮 桂皮 各2g, 薑3 棗2 蔥1)

일일 2첩 3회 분복.

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

3월 15일

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

3월 18일

CA-125 위뢰

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

3월 20일

CA-125 결과 ; 25.6U/ml

진화를 통해 검사결과를 확인하며, 骨盤痛과 心下痞와 腹脹 등 소화장애를 호소함.

月經前期로 인식하고 桂朴湯加減으로 변방함.

medication : 桂朴湯加減(桂枝 厚朴 益母草 玄胡索 各8g, 澤瀉 白芍藥 各6g, 山茱萸 益智仁 龍骨 砂仁 白豆寇 乳香 甘草 當歸 各4g, 大黃酒蒸 2g, 薑3 棗2)

일일 2침 3회 반복.

3월 22일, 3월 24일

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

3월 31일

LMP : 3월 29일, 월경통 심하여 S병원에서 조제한 진통제 복용하였으나 완화되지 않음

treatment : 四關 刺鍼, 三陰交-陰陵泉 電針, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

초음파 검사 지시

4월 4일

S병원 경직장초음파 ; 자궁내막종의 크기 감소 (6.28×3.68cm→4.83×2.21cm)되었으며, 합성 progestin제제 중 하나인 Provera의 복용을 지시받 아 음.

환자의 문의에 대하여 일시적인 무월경 상태에 따른 통증의 조절과 증상의 호전이라는 +효과와 수분저류 증상, 비정상자궁출혈 및 폐경에 따른 증상과 같은 부작용에 의한 -효과를 설명하였고, 환자는 일단 韓藥과 함께 복용하기를 희망함.

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

4월 7일

medication : 3월 20일 처방에서 桃仁 急性子 各4g, 薏苡仁 6g을 가하고, 大黃을 3g으로, 當歸를 8g으로 증량하였고, 甘草를 3g, 芍藥을 4g으로 줄임.

treatment : 上同

4월 12일, 4월 15일

treatment : 上同

4월 19일

s : 우소복통이 刺痛狀으로 가볍게 자각되며 좌소복통은 或發或止한다 함.

o : 우소복부에 緊張帶 촉지

treatment : 上同

4월 21일

전화문진 ; 上熱感 自覺, 少腹部不爽과 痛症이 있으며, 大便不爽하다 함.

medication : 4월 7일 처방과 동일

4월 29일

s : 복통이 자각되지 않음

treatment : 上同

5월 3일

s : Provera 복용하기 시작하면서부터 서서히 顏面, 手指의 浮腫과 腹脹, 便秘, 乳脹 및 上熱感을 느끼게 된 것 같다고 함.

o : 안면부의 부종과 체중 1kg 증가 확인

treatment : 上同

5월 6일, 5월 10일

treatment : 上同

5월 12일

s : 갈색 대하가 10일전부터 내의에 살짝 물을 정도로 나타났었는데, 오늘부터 그 量이 약간 는 것 같다고 함. 소복통은 없으며, 변비는 계속된다 함.

medication : 4월 21일 처방에서 桃仁과 大黃을 5g으로 증량함.

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 天樞, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

5월 17일

s : 소복부가 더부룩하고 묵직한 느낌이며, 식후에 식체감이 심하며 토하고 싶은 느낌이고, 어지럽고 온몸에 힘이 빠지고 팔다리가 쭈시며, 간

혹 식은땀을 동반한 열감을 자각한다 함.

소변이 자주 마렵고 변비와 갈색 帶下는 계속됨.

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 中脘, 天樞, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

lab : 간 기능 검사 ; 정상

teaching : Provera의 부작용으로 판단된다고 설명하였으며, Provera의 복용 계속 여부에 대한 산부인과적 소견 확인을 지시함.

5월 19일

경직장초음파검진상 자궁내막중 소실 확인.

호소 증상은 Provera의 부작용이나 계속 복용 하여야 한다는 소견 받아들임.

treatment : 上同

5월 26일

s : 19일 이후 帶下가 血性으로 붉어지며, 양이 증가된 것 같고 변비는 계속된다 함.

treatment : 上同

5월 31일

본인 희망에 의해 기왕 조제된 Provera를 복용한 후 복용 중단하기로 함.

o : 소복부의 압통은 가볍게 있으나 緊張帶 현저히 소실됨.

medication : 5월 12일 처방에 三稜 蓬朮 急性子を 가함

(桂枝 厚朴 益母草 當歸 各8g, 澤瀉 薏苡仁 各6g, 桃仁 5g, 山茱萸 大黃酒蒸 乳香 三稜 蓬朮 急性子 白芍藥 各4g, 益智仁 砂仁 白豆蔻 甘草 各3g, 薑2 棗2)

treatment : 上同

6월 2일

treatment : 上同

6월 7일

s : 血性帶下의 양이 감소됨

treatment : 上同

6월 16일

s : 12일부터 Provera 복용 중단하였고, 7일 저녁부터 소량의 갈색 대하로 변화되었다 함. 15일 3회의 설사를 하였고, 금일 1회 설사 하였다함.

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 天樞, 梁丘, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

6월 23일

medication : 5월 31일 처방과 동일

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

6월 30일

s : 21일부터 백색의 대하가 많이 나오는 것 같다 함, 변비는 계속되고, 29일 오심과 구토 1회하였다 함.

treatment : 上同

7월 7일

s : 帶下는 나타나지 않고, 惡心, 少腹痛 자각되지 않으며, 便通도 다소 호전됨.

treatment : 上同

7월 12일

s : 7월 10일 오후부터 월경, 복통 및 골반통이 심하며, 밑으로 골반내 장기가 빠지는 느낌이었으며, 금일까지 통증 계속됨. 月經量은 과거의 양과 같으며, 색이 다소 갈색을 띠고 덩어리가 있다 함.

treatment : 四關, 三陰交-陰陵泉(電針), 神門(耳) 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

medication : 5월 31일 처방과 동일

7월 14일

s : 소복통 자각되지 않음

treatment : 四關, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳)
 刺鍼 및 少腹部 赤外線 照射.

7월 19일

골반초음파 지시

treatment : 上同

7월 21일

o : 골반초음파 검진 상 우측 난소는 2.0×1.5cm
 으로 관측되었고 병리적 소견 확인되지 않으며,
 cul-de-sac에 fluid collection되어 있음을 확인.

treatment : 上同

7월 26일, 8월 4일

treatment : 上同

8월 9일

LMP : 8월 6일, 월경통 자각하여 진통제 복용
 하였으나 통증의 정도가 많이 호전되었고, 금일
 통증은 없음.

treatment : 上同

plan : ① 향후 6개월간 매월경진기에는 탕약
 복용하며, 내막II호환 혹은 철제향부
 환 등의 환제복용하며 침치료 시행.
 ② 임상 경과에 따라 더글라스와 천자
 혹은 진단복강경 시행.

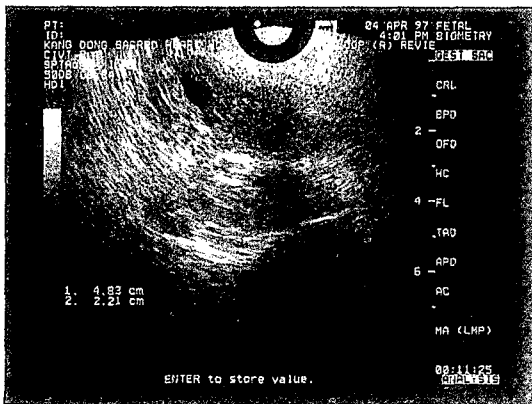


fig. 1. 1997년 4월 4일 경직장 초음파 소견
 6.28cm×3.68cm→4.83×2.21cm.

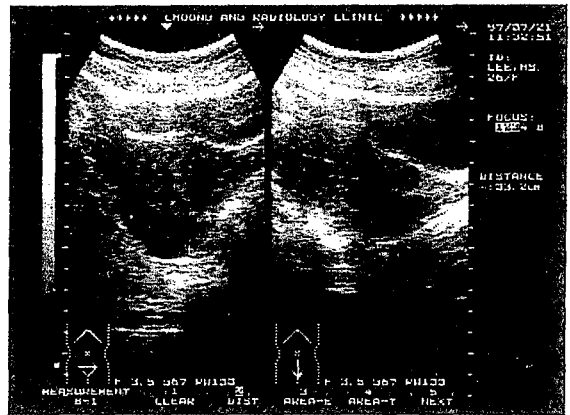
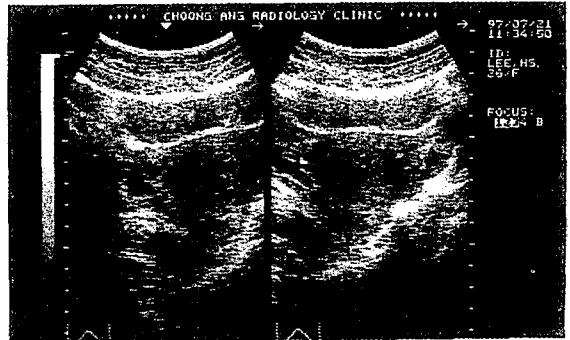


fig. 2. and fig. 3.

1997년 7월 21일 초음파 소견

1.nonspecific finding in uterus, 2.right ovary, 2.0cm
 size, 3.fluid collection in cul-de-sac.

2) 증례B

내원일 : 1997년 4월 24일 환자의 母가 먼저
 내원하여 상담한 후 4월 26일 모와 함께 내원함
 연령 : 24세

주소 : 서울 서초구

주소증 : 월경시의 반복적인 하복통

현병력 : 평소부터 主訴로 인해 고통을 겪었으
 며, 97년 1월 27일 직장의 정기검진에서 혈중
 CA-125가 43.4U/mL로 측정되어 97년 2월 1일
 K병원 산부인과에서 초음파 검진상 우측 부속
 기에 약 2.1×2.1cm, 좌측 부속기에는 3.7×3.1
 cm의 echogenic cyst가 관찰되어 양측의 자궁내
 막종(both endometrioma)으로 임상 진단되었고,

근본적 치료 대책이 없다는 설명과 함께 간혹 진통제 복용하라는 지시를 받았다고 하였다.

최종월경일은 97년 4월 24일(오후11시)이며, 4월 25일부터 송곳으로 뱃속을 찌는 듯한 통증을 심하게 느껴 타이레놀 2정을 복용한 후 통증이 약간 경감되었다고 하였다.

금희의 월경은 45일만에 내조하였으나 평소의 월경주기는 30일로 규칙적이었으며, 월경기간은 5일-7일로 3일정도는 양이 많다가 이후 양이 감소되는데 전반적으로 月經量이 많게 느껴지고 한 주기당 생리대를 20장 정도 사용하였다. 월경색은 암적색-적색으로 나타났고, 월경시 덩어리가 있으며, 월경시 수반증상으로 주소증인 하복통과 함께 惡心, 腹脹이 있었으며, 간혹 排便痛이 자각되었다. 초경은 12세였고 월경통의 최초 발현은 15세였으며, 97년부터 통증이 심화되었다고 하였다.

평소 대하가 조금 많은 편으로 담황색에서 백색의 색을 띠며 外陰에 대한 자극증상은 없다고 하였다.

혈압은 120/80이었으며, 신장 162cm 체중 49.5kg의 보통 체격으로 복진상 소복 전반에 압통이 있었으며, 특히 양측소복부에 난소부위의 硬直部를 확인할 수 있었다. 월경중인 관계로 본인의 의사에 의해 경직장양수진은 생략하였다.

소화상태와 대소변은 정상적이었으며, 脈은 微弦滑하였으며, 舌淡紅而苔白하였다.

과거력 :

1979년 편도선절제수술

1991년 1월 월경통과 月經週期不定으로 본원에서 10일간 한약 복용(玄府理經湯)

1992년 12월 충수돌기염 수술

가족력 : 환자가 언급하는 특기할 가족력은 없었다.

사회력 : 직장 생활로 퇴근이 늦고 업무상의 스트레스가 강하다고 하며, 완벽 지향적 성격으로 발전 욕구가 강하다고 하였다.

impression :

- ① secondary dysmenorrhea ; endometrioma
- ② 經行腹痛
- ③ 月經不調
- ④ 血癥
- ⑤ 氣滯血瘀

투약 및 경과

4월 28일

治法 : 利氣活血止痛消積

medication ; 蟠蔥散加減(蒼朮 益母草 各6g, 甘草 三棱醋炒 蓬朮醋炒 白茯苓 玄胡索 桂枝 乳香 小茴香 穿山甲 鼈甲 夏枯草 各4g, 青皮 砂仁 急性子 各3g, 丁香皮 檳榔 各2g, 薑3 棗2 蔥1)

일일 2첩 3회 분복.

직장 생활 관계로 모가 내원하여 약물 치료만 우선 받아보기로 함.

5월 10일

모 내원

蟠蔥散加減

5월 23일

모 내원

5월 15일 시행한 초음파 결과 자궁내막종의 크기가 약간 증가하여 좌측의 수치가 4.2×3.3cm이며, CA-125는 32U/mL로 감소되었다고 하였다.

蒼朮 益母草 夏枯草 8g으로 증량, 甘草 2g으로 감량

6월 2일

모 내원

5월 31일 월경시작 통증 여전

甘草 3g으로 증량, 三棱 蓬朮 2g으로, 夏枯草 6g으로 감량, 鼈甲 急性子を 祛하고, 蒲黃 4g, 五靈脂 4g을 加함.

6월 16일
모 내원
5월 23일 처방 재투여

8월 8일
환자의 母와 전화를 통해 간접적인 추후관찰 결과 2회의 월경시 통증 개선 효과가 인정되지 않아 치료를 중단하기로 하였으며, 현재 어떤 치료도 행하지 않고 있으며, 針灸療法을 행하고 싶은 생각도 있으나 직장 생활로 인해 불가하며, 처음 자궁내막증으로 진단한 의사의 견해를 따르겠다는 의사를 나타냈다.

III. 고 찰

子宮內膜症은 1921년 Sampson⁶⁾에 의해 그 실체가 처음으로 기술된 질환으로서 성장, 증식 및 출혈 등과 같은 기능이 있는 자궁내막조직이 자궁 이외의 부위에 존재하는 것을 의미하며, 주로 골반강에 존재한다¹⁾.

이 질환의 특징적인 증상들로는 骨盤痛, 月經痛, 性交痛, 不妊 등이 있다. 만약 방광이나 직장에 병변이 존재할 경우 이들 구조물과 관련된 증상이 나타난다²⁾.

자궁내막증의 병인학은 잘 이해되지 못하고 있는데, 가장 보편적인 이론은 역행성 월경(retrograde menstruation), 체강화생(coelomic metaplasia), 직접전파(direct spread) 및 혈행성 및 임파성 파종(vascular/lymphatic dissemination), 면역학적 감시기능(immunologic surveillance) 등이다^{1,2,3)}.

자궁내막증에서 나타나는 골반통, 월경통 및 성교통은 prostaglandin 생산과 관련될 뿐만 아니라 유착부위의 긴장(stretching)과 관련이 있다. 그러나 자궁내막증 부위의 크기와 증상발현 강도와의 특정한 관계는 인정되지 않는다¹⁾.

한방에서는 이 질환에서 나타나는 특징적인 증상들에 의해 月痛經, 癥瘕, 月經不調, 不孕의

범주로 이해하고 있다⁷⁾.

한편, 자궁내막증(endometrioma)은 난소 내에 자궁내막증이 존재하여 그 부위가 腫塊로 분류될 수 있을 만큼 커진 경우를 말하며, 자궁내막성 낭종(endometrial cyst), 혹은 초콜렛 낭종(chocolate cyst)로도 알려져 있다¹⁾.

子宮內膜症의 확진은 診斷腹腔鏡 檢査 및 開腹手術에 의하여 病巢를 확인해야만 가능하며 의심되는 부위는 生檢을 하여 확인하여야 한다^{1,2,3)}.

비침습적 진단 방법으로는 초음파촬영과 자기공명영상(magnetic resonance imaging, MRI)이 가치가 있다. 초음파촬영은 卵巢의 子宮內膜腫등과 같은 骨盤內腫塊를 확인하고 그 크기를 추적 검사하는 데 용이하다. MRI는 子宮內膜症의 診斷에 있어서 민감도와 특이도가 매우 높아 상대적으로 강한 relaxation signal을 나타내어 병변 확인을 가능하게 하며 腸, 膀胱 등의 臟器를 침범한 경우 많은 도움을 얻을 수 있다¹⁾.

또 子宮內膜症의 진단과 치료후 추적검사를 위해서는 종양표지물질의 하나인 CA-125의 혈중농도를 활용하는 경우가 많다. 1983년 Bast 등에 의해 처음 개발된 CA-125는 상피성 난소암에서 추출된 단세포포군 항체 OC125에 의하여 측정되는 고분자 세포표면 당단백으로 인체의 coelomic 상피에 대한 항원이다⁸⁾.

정상인에서 혈중 CA-125 항원의 양성율은 1% 이하인데 비하여 난소암 환자에서는 85-90%로 증가되어 있어서 종양 표지물질로 난소암의 진단에 많이 활용된다. 그러나 이 항원이 난소암 뿐만 아니라 자궁내막증 및 여러 부인과적 양성 질환에서도 증가됨이 증명되었다. CA-125가 난소암 이외의 질환에서 양성반응을 나타내는 이유는 CA-125 항원이 태아나 성인의 Müllerian epithelium이나 Coelomic epithelium에 존재하기 때문이다. 따라서 난관, 자궁내막, 자궁경부와 같은 Müllerian epithelium 기원의 부위에 생긴 병변이나 복막, 심낭막, 흉막 등과 같은 Mesothelium에서 발생하는 각종 질환에서 혈중 CA-125

가 상승하는 것이다⁸⁾.

위와 같은 사실로 인해 혈청 CA-125의 측정이 자궁내막증의 비침습적 진단방법으로 응용되게 되었으나 CA-125의 특이도는 96%, 93%로 높지만 민감도는 17%, 14%로 매우 낮아 선별검사로서는 부족한 면이 있다⁹⁾.

子宮內膜症에서의 경우 초기에는 CA-125가 그다지 높지 않고 (I-II기 평균 10-17U/ml) 그 양성율도 10% 정도이다. 그러나 병변이 심한 III기 및 IV기 환자에서 정상군에 비하여 혈중 CA-125 농도가 유의하게 증가된다^{1,8)}.

우리 나라의 정 등(1990)¹⁰⁾에 의하면 자궁내막증에 대한 CA-125의 민감도는 평균 51.7%였는데, 병기에 따라 1기 30.8%, 2기 54.5%, 3기 50.8%, 4기 72.7%였다. 각 병기에서 중간치는 1기 22.3U/ml, 2기 37.5U/ml, 3기 37.5U/ml, 4기 56.5U/ml여서 질환의 중등도와 유의한 상관관계가 있었으며, 치료 후에 CA-125치는 유의하게 감소하였다고 하였다. 그런데 CA-125의 자궁내막증에 대한 위음성율은 48.3%였다.

또 Piatway와 Favez(1986)¹¹⁾에 의하면 자궁내막증에서 혈청 CA-125치는 자궁내막증 병소의 직경과 상관관계가 있다고 한다.

따라서 혈청 CA-125치의 측정은 III기 및 IV기의 중증 자궁내막증의 보조적 진단법으로 활용할 수 있으며, 子宮內膜症의 치료를 전후하여 그 예후판정 및 추적검사 등에 유용한 가치가 있다.

子宮內膜症의 치료는 통증과 不妊 때문에 주로 이루어진다. 子宮內膜症의 치료는 妊娠에 대한 욕구, 患者의 年齡, 不妊症 與否, 骨盤疼痛의 程度, 骨盤內 腫塊의 有無, 病巢 部位 및 進行程度 등을 고려하여 患者 개개인에게 가장 적절하고 합리적인 治療原則을 세운 후에 시행되어야 한다^{1,3)}.

洋方의 治療는 內科的 治療, 또는 外科的 治療, 또는 이들의 複合된 治療 등으로 크게 나눌 수 있다. 근래에는 腹腔鏡을 이용한 診斷과 治療

를 겸한 效果的이고 안전한 癒着除去術, 레이저 蒸發術(laser vaporization), 電氣燒灼術(cauterization with unipolar or bipolar electrodes) 등의 방법이 있어 널리 이용되고 있으나, 심한 重症의 子宮內膜症이나 광범위한 심한 癒着, 尿道나 腸을 침습한 경우에는 별로 도움이 되지 못한다. 직경 1cm이상의 子宮內膜腫이나 卵巢 깊숙이 病變이 있는 경우에는 藥物治療에도 잘 반응하지 않으며 腹腔鏡을 이용한 치료보다는 開腹術을 시행하는 것이 바람직하다고 한다¹⁾.

內科的 治療는 자궁내막증에 대해 1차 요법(Primary therapy), 수술전 보조요법(Presurgical adjunctive therapy), 수술후 보조요법(Postsurgical adjunctive therapy), 재발된 질환에 대한 요법(Treatment of recurrent disease) 등의 의의가 있다^{1,2,12)}. 이것은 Danasol이나 GnRH, Progesterone, Estrogen 등의 약물을 이용하여 病變部位의 子宮內膜組織部位의 萎縮을 직접 유발하거나 無排卵 및 無月經狀態 즉 假性妊娠狀態를 誘發시켜 治療하는 방법이 있으나 體重增加, 浮腫, 顔面紅潮, 頭痛, 胃腸障碍등과 男性化 現象 등 다양하고 심각한 副作用이 발생한다^{1,2,3)}.

Meldrum DR 등(1982)¹³⁾의 보고에 의하면 GnRH 치료를 받았던 환자는 보통 12개월 정도 증상이 없게 되는데, 재발되는 가장 흔한 증상은 월경통이며, 경화, 골반압통 및 성교통은 follow-up 기간동안 재발이 나타나는 것 같다고 하였다.

手術的 治療에는 保存的 方法과 根治的 手術方法이 있는데 保存的 手術方法은 子宮內膜組織의 완전한 제거가 어렵기 때문에 再發確率이 높다. 반면, 根治的 手術方法은 더이상의 出産計劃이 없을 경우에만 適用이 可能한 문제가 있다. 또 수술적 치료는 手術과정에서 과도한 組織損傷時 새로운 癒着 形成의 危險性이 있다¹⁾.

手術前後에 內科的 治療를 並行하여 手術의 效果를 增加시키는 複合治療法도 있다. 그런데 수술전의 내과적 치료로 手術時期가 늦어진다고

나 妊娠의 最適時期가 늦어질 수 있는 短點이 있다¹¹⁾.

자궁내막증에 대한 中醫學界의 치료는 活血化瘀法, 補腎祛瘀法, 化瘀通腑法, 化瘀消痰 軟堅散結法 등으로 요약할 수 있다¹⁴⁾.

活血化瘀法은 子宮內膜症을 瘀血의 관점으로 인식한 것에 근거한 것으로 氣滯血瘀型에는 血府逐瘀湯, 寒凝瘀阻型에는 少腹逐瘀湯, 熱鬱瘀阻型에는 小柴胡湯合桂枝湯, 氣滯瘀阻型에는 黃芪建中湯, 當歸建中湯 등에 活血化瘀藥物을 加味하여 사용한다¹⁵⁾. 또 邵 등¹⁶⁾은 肝鬱氣滯와 氣虛血瘀로 구분하여, 前者에는 疏肝活血方(三稜, 莪朮, 皂角刺, 香附子, 柴胡, 當歸, 蒲黃, 五靈脂, 地龍, 虻蟲, 蟪蟲, 蜈蚣, 水蛭)을, 後者에는 益氣活血方(三稜, 莪朮, 當歸, 皂角刺, 蒲黃, 五靈脂, 炙升麻, 黨參, 炙黃芪, 地龍, 虻蟲, 蟪蟲, 蜈蚣, 水蛭)을 투여하였다.

補腎祛瘀法과 관련하여 田 등¹⁷⁾은 子宮內膜症 환자들이 腎陽虛와 氣滯血瘀로 변증되므로 補腎益氣, 活血化瘀의 처방으로 巴戟天 淫羊藿 續斷 兔絲子 黨參 黃芪 牡丹皮 桃仁 紅花 蒲黃 川椒 赤芍藥 香附子 乳香 沒藥 등으로 구성된 처방을 활용하였다. 또 李 등¹⁸⁾은 補腎祛瘀方(淫羊藿 仙茅 熟地黃 山藥 香附子 三稜 莪朮 鷄血藤 丹參)을 활용하였는데, 陽虛에는 附子和 肉桂를, 陰虛에는 女貞子和 地骨皮를, 氣虛에는 黃芪와 人蔘을, 血瘀에는 當歸와 何首烏를, 月經過多에는 仙鶴草와 阿膠를, 腰痠에는 杜仲과 桑寄生을, 痛症이 심한 경우에는 失笑散, 乳香, 沒藥을, 赤色帶下에는 旱蓮草 川椒를, 腫塊에는 皂角刺와 蘇木을 가한다고 하였다.

化瘀通腑法은 王⁷⁾이 子宮內膜症을 離經之血이 下焦에 留結하여 下焦의 腑氣實脹한 것으로 파악하여 內膜 I 號丸(大黃 鱉甲 琥珀) 內膜 II 號丸(大黃 鱉甲 桃仁霜 琥珀)을 활용하며 제시한 治法이다.

化瘀軟堅散結法은 劉 등¹⁹⁾이 난소에 子宮內膜腫이 생기는 등을 瘀血과 濕痰이 痰瘀互換의 病

機를 이룬 것으로 보고 活血과 消痰을 위주로 한 異位膠囊(貝母 山慈菇 血竭 丹參 鱉甲 薏苡仁 夏枯草)을 활용한 예가 있다.

한편 卵巢週期를 이용한 治療法이 보고되고 있다. 이것은 子宮內膜이 卵巢週期에 따른 變化를 하는 것 처럼 子宮內膜症의 병변 조직도 卵巢週期에 따라 增殖, 分泌, 出血 한다는 사실과 子宮內膜症에 의한 痛症의 조절이 필요하다는 사실에 근거하는 것으로 볼 수 있다.

子宮內膜症에 대한 週期療法은 月經期間, 月經前, 月經後로 대별하여 치료하는 것과 月經期間과 非月經期間으로 대별하여 치료하는 것이 있다³⁾.

月經前에 孫²⁰⁾은 赤芍藥炒 白芍藥炒 充蔚子 丹參 香附子 劉寄奴 各9g 玄胡索 徐長卿 各12g 烏藥 6g 川芎4g 桂枝5g으로 구성된 子宮內膜症 1號方을, 劉 등²¹⁾은 浦黃 五靈脂 丹參 川牛膝 各12g 乳香 沒藥 三稜 我朮 各9g 川芎 6g 劉寄奴 15g 三七片 2片으로 구성된 처방을 활용하고 있다.

月經期에 孫²⁰⁾은 生浦黃 玉米須 血見愁 各20g 牡丹皮炒 大黃 震靈丹 各9g 花藥石 三七粉 各2g으로 구성된 子宮內膜症 2號方을, 劉 등²¹⁾은 浦黃炭 五靈脂炒 黃柏炒 各12g 花藥石 30g 香附子炭 烏藥炒 各9g 川芎炒 大黃炭 各6g 黃芪炙 15g 肉桂 3g으로 구성된 처방을 활용하고 있다.

月經後에 孫²⁰⁾은 赤芍藥 石見穿 各20 丹參 瓜角刺 地鱉蟲 穿山甲炙 川芎 桃仁 各9g 沒藥6 海鳥12g 으로 구성된 子宮內膜症 3號方을, 劉²¹⁾은 桃仁 桂枝 各9g 赤芍藥 牡丹皮 昆布 三稜 我朮 王不留行 逍遙丸 各12g 地鱉蟲炙 鱉甲炙 茯苓 鎖陽 各1g 淫羊藿 3g으로 구성된 처방을 활용하고 있다. 이³⁾는 선행연구에서 대체로 이러한 治療法의 基本은 月經前에 疎氣를, 月經中에 活血止血을, 月經後에 補腎을 고려한 것으로 보이므로 週期療法은 子宮內膜症으로 인한 不妊症에 더욱 효율적일 것으로 사료된다고 하였다.

또 月經期와 非月經期로 나누어서 실시한 週期療法에서 金²²⁾은 非月經時에는 三稜 我朮 川棟子 赤芍藥 桂枝 茯苓 桃仁 牡丹皮 各10g, 玄

胡索 丹參 皂角刺 各12g 夏枯草 15g으로 구성된 처방을 이용하고 月經中에는 茜草 五靈脂 浦黃炭 川棟子 白芷 沒藥 各10g 劉寄奴 玄胡索 各12g 細辛 三七粉 各6g으로 구성된 처방을 이용하였다.

한편, 子宮內膜症의 치료에 대한 판정에 관하여 中國中西醫結合學會 產婦人科 專門委員會에서는²³⁾ 完治의 境遇, 첫째 自覺症狀이 완전히 消失되어야 하며, 둘째 徵候에 있어서 Cul-de-sac의 硬化, 子宮薦骨 靱帶의 結節, 고정된 卵巢의 腫塊 觸知 등이 消失되어야 하고, 셋째 不妊症의 경우 3년내에 妊娠이 되거나 出産을 하여야 한다고 규정하고 있다.

현저한 효과의 경우는 첫째 自覺症狀이 완전히 消失되어야 하며, 둘째 徵候에 있어서 Cul-de-sac의 硬化, 子宮薦骨 靱帶의 結節, 固定된 卵巢의 腫塊 등의 크기가 처음 검사한 월경기간과 동일한 시기에 검사를 하여 초음파상에서 축소되어야 하고, 셋째 不妊症의 경우 子宮內膜症의 자각증상이 있더라도 임신이 되어야 한다고 규정하고 있다.

단순히 효과가 있는 경우로는 첫째 자각증상이 감소되어야 하며, 둘째 徵候에 있어서 Cul-de-sac의 硬化, 子宮薦骨 靱帶의 結節, 고정된 卵巢의 腫塊 등의 크기가 처음 검사한 月經期間과 同一한 시기에 검사를 하여 초음파 상에서 최소한 더 커지지 않아야 하고, 셋째 약물치료가 끝난후 3개월내에 증상이 악화되지 않아야 한다고 규정하고 있다.

효과가 없는 경우로는 첫째 자각증상이 변화가 없거나 악화되는 경우와, 둘째 徵候에 있어서 Cul-de-sac의 硬化, 자궁전골 인대의 結節, 고정된 난소의 종괴 등의 크기가 초음파 상에서 처음 검사의 월경기간과 동일한 시기에 검사를 하여 더 커지는 경우로 규정하고 있다.

따라서 이 기준을 적용할 때 증례 B는 효과가 없는 경우로 볼 수 있다. 그러나 과연 치료기간이 적절하였는가 하는 것과 약물치료와 더불어

침치료가 병행되었을 경우의 호전도 여부는 의문으로 남는다.

보고한 증례A는 既往歷에서 子宮內膜腫으로 인해 開腹術을 통한 囊腫의 제거술을 시행하였으나 再發한 경우로 환자는 비수술적 치료법으로서의 한방요법으로 치료받기를 희망한 경우였다. 이 환자는 초음파를 통한 진단으로 볼 때 子宮內膜腫은 소실되었으나 月經痛은 잔존하여 있으므로 현저한 효과를 거둔 예로 볼 수 있다.

그런데 子宮內膜症은 임신 등에 의한 生理的 無月經이나 호르몬 투약에 의한 人爲的 無月經 상태에서는 증상이 호전된다. 따라서 증례 A의 환자는 약 1개월 가량의 호르몬 투여로 일시적인 무월경 상태를 경험하였는데, 이는 子宮內膜腫의 소실에 어느 정도 도움을 주었을 것으로 짐작할 수 있다.

두 증례의 환자에 대한 치료를 진행하면서 임상과정상의 고려점은 첫째, 치료에 대한 신뢰감을 바탕으로 한 의사-환자관계의 확립 문제, 둘째, 韓方治療에 의해 囊腫의 파열 등 질병자체의 악화 가능성 여부 및 手術時期가 늦어진다거나 妊娠의 最適時期가 늦어질 수 있는 短點은 없는지 하는 문제, 셋째, 報告된 여러 유형의 治法중 어떤 治法으로 어떤 處方을 어떤 方法으로 적용할 것인가 하는 문제, 넷째, 月經을 유지한 상태에서 치료를 진행할 경우 치료 중에 자각되는 痛症을 어떻게 관리할 것인가 하는 문제, 다섯째, 子宮內膜腫이 소실되었을 경우 보존적 유지 요법을 어떻게 얼마간 시행할 것인가 하는 문제, 여섯째, 의료비용과 효과를 동시에 고려한 의료경제적 측면에서의 문제 등이었다.

첫째, 치료에 대한 신뢰감을 바탕으로 한 의사-환자관계의 확립 문제에 있어서 증례 B는 子宮內膜腫을 진단해준 의사가 환자 아버지의 친구였고, 그 의사의 의견은 뚜렷한 치료법이 없으니 결혼을 빨리시키는 것이 좋다는 것이었다. 따라서 환자의 어머니가 혹시 한방에는 어떤 방법이 없을까하는 마음으로 전화 문의를 한 끝에

치료를 시작하였고, 약물 치료가 진행되는 동안 환자는 초진시 한 번의에는 전혀 접촉할 수 없었으므로 치료에 대한 신뢰감을 바탕으로 한 의사-환자관계의 확립 문제에 있어서는 실패한 case였다.

반면 증례A는 개원가를 거쳐 소개된 환자로서 이미 양방적 처치의 한계를 체험한 환자로 의사-환자 관계를 형성하기가 용이하였으나 한방 치료를 시행하는 단계에서 부터 양방 측의 내시경을 이용한 재수술 권유를 받고 있었고 한방 치료를 양방측에는 비밀로 하고 있었다. 따라서 한달간의 한방 치료후에 호전여부에 따라 수술 여부를 결정하기로 하고 치료에 임했는데, 환자가 충실히 복약하고 주 2회 정도의 침치료에도 적극적이었다. 그후 현저한 내막종의 감소를 초음파로 확인한 후에야 양방측에서 Provera를 복용하는 내과적 치료를 권유하였고, 마침 월경통이 심한 관계로 환자가 원하여 이를 복용하게 하였던 것이다.

그런데 두 증례 모두에서 중국에서 보고된 단순한 치험들의 결과 보고만으로 치료자가 확신을 가지고 환자를 이끌기에는 어려움이 있었으나 본교실에서 행하였던 일련의 자궁내막증 관련 실험과 선행연구들³⁻⁵⁾이 많은 도움이 되었다. 그러나 향후 한의학계에서의 성공과 실패를 모두 포함한 다양한 증례보고와 한양방간의 이해 증진을 위한 노력은 계속 과제로 남을 것이다.

둘째, 한방치료에 의해 癥着의 심화나 囊腫의 破裂 등 질병자체의 악화 가능성 여부 및 手術時期가 늦어진다면 妊娠의 最適時期가 늦어질 수 있는 短點은 없는가 하는 의문은 자칫 의료 윤리적, 법적 문제를 야기할 수 있으므로 어려운 문제였다. 따라서 두 증례 모두 제한된 最少 療程으로서 1개월을 제시하였고, 초음파를 통한 경과 확인을 원칙으로 하여 이른바 Informed consent²⁴⁾에 유의하였다. 또한 낭종의 파열이나 과도한 출혈과 이차적 병변의 유발 소견 유무에 유의하였다.

일반적으로 卵巢囊腫 破裂의 가장 흔한 예는 黃體囊腫(corpus luteum cyst)인데 자궁내막종의 파열에서도 유사한 양상이 전개되어 두 경우 모두 자궁의 임신의 파열 때와 같은 증상이 발현된다. 통증의 시작은 보통 갑작스럽고 점점 증가되는 복부 전체의 통증을 자각하며, 간혹 hemoperitoneum이 형성되었을 경우 眩暈이나 失神을 하기도 한다. 그러나 자궁내막종에서는 출혈량이 적어서 hemoperitoneum을 형성하는 경우는 드물다. 이학적 소견으로서 가장 중요한 것은 현저한 복부 압통이며, 복막의 과민성에 의한 반발통이 생기기도 한다.

만약 파열이 의심될 경우에는 더글라스와 천자술(Culdocentesis)를 시행하여 신선혈을 확인하였을 경우에는 황체낭종의 파열을, 초콜렛과 같은 오래된 혈액을 확인하였을 경우에는 자궁내막종을, 장액성 액체를 확인하였을 경우에는 양성 기형종으로 진단할 수 있다고 하였다.

Novack²⁾에서는 파열된 자궁내막종은 내시경이나 개복수술에 의한 난소낭종절제(ovarian cystectomy) 및 난소적출(oophorectomy)의 적응증이 된다고 하였다. 또 3cm 이하의 작은 자궁내막종은 파열의 소견이 없는지 관찰하면서 내과적 치료를 시행하며, 확진이 되지 않았거나 파열되지 않은 자궁내막종은 진단적 복강경을 시행한다고 하였다.

증례 A, B는 모두 3cm 이상의 자궁내막종으로 양방적 관점으로는 수술이 필요한 경우였다. 초음파와 이학적 소견으로 자궁내막종이 소실된 증례 A의 경우 향후 진단복강경을 통한 치료결과의 관찰이 필요할 것으로 판단된다.

셋째, 보고된 여러 유형의 치법중 어떤 치법으로 어떤 처방을 어떤 방법으로 적용할 것인가 하는 문제에 있어서는 가급적 보고된 자궁내막종, 특히 자궁내막종의 치법을 모두 참고하되 기본 처방은 우리나라 부인과 임상에서 흔히 쓰는 것으로 하고자 하였다. 따라서 利氣, 活血, 溫經, 止痛, 消積의 치법을 망라하여 처방을 구성하되,

蟠蔥散 및 桂朴湯을 기본방으로 하였다. 또한 月經期와 非月經期로 구분하여 가급적 월경기에는 消積하는 藥物과 出血을 야기할 수 있는 약물을 감량하고, 止痛作用을 증가시키는데 유의하였다. 非月經期에는 消積에 더 많은 관심을 두었다.

넷째, 月經을 유지한 상태에서 치료를 진행할 경우 치료 중에 자각되는 痛症을 어떻게 관리할 것인가 하는 문제는 쉽게 해결되지 않아 향후 계속 과제로 남을 것으로 보인다.

다섯째, 자궁내막증이 소실되었을 경우 보존적 유지 요법을 어떻게 얼마간 시행할 것인가 하는 문제는 아직 정확한 답이 없는 실정이다. 증례B 환자의 경우 6개월간 內膜Ⅱ號丸 등 투여 가능한 환·산제 복용을 고려하여야 할 것으로 보인다. 만약 결혼을 하여 임신을 원하는 경우 치료 기간은 더 연장되어야 할 것으로 보이며, 단순한 活血祛瘀法 뿐만 아니라 補肝腎하는 治법의 적용이 필요할 것으로 보인다.

여섯째, 의료비용과 효과를 동시에 고려한 의료경제적 측면에서의 문제는 질병 치료 과정에서 비교적 高價의 湯劑가 투여되었고, 경과 관찰을 위한 초음파 검사 등이 행해짐으로써 환자에게 경제적 압박이 가해진 것으로 볼 수 있으나 질환의 위중성을 고려할 때 적절한 치료와 진단적 조치들은 불가피한 것으로 인식하여야 한다. 다만 費用對效果에 관한 사항은 단순한 관찰만으로 규명할 수 없으므로 향후 계속적인 연구가 요구된다.

증례A에 사용한 처방 중 蟠蔥散은 <太平惠民和劑局方>의 처방으로 治脾胃虛冷, 攻流心腹, 連脇肋刺痛, 胸膈痞悶, 背膊連項拘急疼痛, 不思飲食, 時或嘔逆, 霍亂轉筋, 腹冷泄瀉, 膀胱氣刺, 小腸及外腎腫痛, 及婦人血氣攻刺, 癥瘕塊硬, 帶下赤白, 或發寒熱, 胎前產後惡熱不止, 臍腹疼痛 등의 증상에 활용하는 처방²⁵⁾으로 <方藥合編>²⁶⁾에는 治脾胃虛冷, 心腹攻刺, 連胸脇膀胱, 小腸, 腎氣作痛을 치료한다고 하였고, 蒼朮 甘草 各一錢, 三稜 蓬朮 白茯苓 青皮 各七分, 砂仁 丁香皮 檳榔

各五分, 玄胡索 官桂 乾薑 各三分, 葱白一莖으로 구성되어 있다. 申²⁷⁾의 加減法에는 氣不順에는 烏藥, 枳殼, 木香, 香附子 등을 가하고, 少腹硬結作痛에는 三稜 蓬朮을 증량하고, 白芍藥 小茴香을 가하며, 便秘에는 大黃을 가한다고 하였다. 또 임상에서는 흔히 金銀花와 小茴香을 가미한 銀苗蟠蔥散을 골반염증성질환이나 골반통에 활용하고 있다.

桂朴湯은 <方藥合編解說>²⁷⁾ 新增補에 수재된 처방으로 桂枝 厚朴 各12g, 山茶萸 澤瀉 各6g, 益智仁 龍骨 各4g으로 구성되어 있는데 經行腹痛을 치료한다고 되어 있다.

증례에서 사용한 蟠蔥散加減方은 기본방에서 香附子 金銀花 各8g, 益母草 6g, 乳香 小茴香 穿山甲 鱉甲 夏枯草 牛膝 急性子 各4g을 가미한 것인데, 銀苗蟠蔥散의 方意를 고려하면서 香附子로서 理氣活血을 도모하고, 乳香과 益母草로서 活血作用을 증강시키고, 穿山甲, 鱉甲, 夏枯草, 急性子は 消積시킴으로서 腫塊를 제거하기 위해 가미하였다.

특히 急性子は 破血, 消積, 軟堅의 효능이 있으며, 癥積에 활용할 때는 夏枯草, 莪朮, 半枝蓮 등을 가하나 氣味가 辛溫有毒하므로 과량 사용은 곤란하므로 용량에 주의하였다²⁸⁾.

또 月經期를 맞이 하여 桂朴湯加減方으로 轉方하였는데, 이는 지나친 消積으로 인한 破裂의 위험성을 낮추고 止痛의 效果를 높이기 위함이었다. 역시 이 처방에서도 益母草 玄胡索 各8g, 乳香 4g, 大黃酒蒸 2g 등을 가미하여 기본방에 비해 活血止痛의 效果를 증대시키고자 하였다. 이후 이 처방에 非月經期에는 三稜 蓬朮 急性子 등 消積의 효능이 있는 약물을 가미하여 계속 투여하였다.

한편 針灸治療에서도 기본 治법은 동일하게 운용하였는데, 四關의 자침으로 理氣行滯의 效果를 기대하였고, 三陰交, 關元, 子宮, 神門(耳) 刺鍼하여 骨盤部의 병변에 대한 活血消積과 內分泌機能의 調整을 꾀하였다.

이러한 치료 원칙에 따라 증례 B도 유사하게 처치하였으나 CA-125의 호전이 있었을 뿐 자각 증상의 호전은 볼 수 없었고, 초음파상의 호전은 확인되지 못했다. 이 경우 충분한 치료기간을 설정할 수 없었고, 침치료가 시행되지 않았으며, 양약의 복용이 전혀 없었다는 점에서 차이가 있었다.

그런데 일반적으로 자궁내막증의 증상인 骨盤痛의 정도와 병변의 크기는 비례하지 않으므로 환자가 골반통의 호전이 없었다는 사실로 인해 자궁내막증이 호전되지 않았다는 판단을 내리고 치료를 자의적으로 중지한 것은 아쉬움으로 남는다고 할 수 있다.

이상과 같은 두 증례의 자궁내막증에 대해 치료한 결과, 진단 과정상의 협진이 필수적이며, 협진 상대인 양방 산부인과 의사와의 이해가 이루어지고 있지 않는 현실의 극복이 필수적인 것으로 생각되었다. 또 약물 치료를 기본으로 하되 침치료가 추가될 경우 통증관리면 등에서 더 좋은 치료 효과를 기대할 수 있을 것으로 생각되었다.

IV. 결 론

동국대학교 의료원 동국한방병원에 내원한 자궁내막腫 환자 2례에 대하여 시행한 치료 과정과 관련 문헌을 고찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 환자들은 모두 24 및 25세의 미혼 여성으로 양방병원에서 자궁내막腫으로 진단받고 來院하였다. 이들은 痛症樣相은 刺痛 등 瘀血의 辨證特性을 가지면서 兼證의 소견을 함께 보였다. 이들은 모두 진단 시점 일정 기간 전부터 단순한 月經痛과는 다른 심각하고 進行性인 月經痛을 자각하고 있었다.

2. 이들 患者에 대하여 理氣活血止痛 및 消積의 治法을 기본으로 하여 月經期와 非月經期로

구분하여 初步的인 週期療法을 실시하였고, 가능한 증례에 대해서는 針治療를 병행하였다.

3. 초기 Informed consent에 의한 1차 치료기간은 한 월경 주기로 하였고, 초음파를 통해 확인하는 것을 기본으로 하였다.

4. 치료 처방은 蟠蔥散과 桂朴湯을 기본 처방으로 하였고, 침 처방은 四關(合谷, 太衝), 關元, 子宮, 三陰交, 神門(耳鍼穴)를 기본으로 하였다.

5. 韓藥만을 투여한 증례는 自覺症狀의 好轉이 없고 治療初期에 행한 自意的 초음파 진단결과를 참고하여 치료중 탈락하였다. 韓藥과 針治療를 병행한 환자는 1療程 후 초음파 소견상 현저한 子宮內膜腫의 축소와 복진에서 腫塊의 축소를 확인하였고, 이후 계속된 3개월여의 치료 후 초음파 소견에서 子宮內膜腫이 소실되었다. 그러나 月經痛의 조절이 여의치 않아 Provera를 한 주기 동안 복용하였고, 다양한 부작용이 발현되어 중도 폐약하였다.

6. 子宮內膜腫의 특성상 병변의 심한 정도와 자각증상의 정도는 일치하지 않아 子宮內膜腫의 消失과 痛症의 好轉은 정비례하지는 않았다. 그러나 子宮內膜腫이 초음파상으로 소실된 후 月經時의 통증 자각은 감소되었고 非月經時의 복진상의 압통도 현저히 호전되었다.

7. 子宮內膜腫이 소실되고 自覺症狀 및 理學的 所見이 好轉된 症例의 경우 향후 6개월정도 劑型을 변화시켜 약물 복용을 계속하고 針治療를 병행하여 관찰을 계속하기로 하였다.

8. 子宮內膜腫에 대한 치료 과정에서 적절한 치료기간을 확보하고 투약과 처치를 행하기 위해서는 바람직한 醫師-患者 關係를 수립하는 것이 중요할 것으로 생각되며, 진단상의 협진은 불가피하고, 치료과정에 있어서도 한·양방간의 이해의 共有가 있어야 할 것으로 판단되었다.

참고문헌

1. 대한산부인과학회. 부인과학(개정판). 서울 : 칼빈서적 1991 : 445-469.
2. Jonathan S.Berek, Eli Y. Adashi, Paula A. Hillard. Novak's Gynecology. 12ed Williams & Wilkins, Baltimore : 1996 : 403, 406, 887-915.
3. 이태균. 자궁내막증에 대한 문헌적 고찰. 한방부인과학회지 1995 ; 8(1) : 161-174.
4. 이동규, 김순열, 남경수, 이태균. 내막Ⅱ호환의 Phospholipase A2 활성억제능에 관한 연구. 한방부인과학회지 1996 ; 9(1) : 97-108.
5. 권은정, 배한익, 이태균. 내막Ⅰ호환의 자궁내막증 백서의 치료효과에 관한 연구. 동국논집 1996
6. Sampson, J.A. Perforating Hemorrhagic cysts of the ovary. Arch.Surg. 1921 ; 3 : 743.
7. 王大增 等. 化瘀通腑法治療子宮內膜異位症臨床及實驗研究. 中西醫結合雜誌 1991 ; 9 : 524-526.
8. 이귀녕, 이종순. 임상병리과일. 서울 : 의학문화사 1990 : 527-528.
9. Moloney MD, Thornton JG, Cooper EH. Serum CA-125 antigen levels and disease severity in patient with endometriosis. Obstet Gynecol 1989 ; 73 : 767.
10. 정창영 등. 자궁내막증환자의 혈청 CA-125치. 대한산부인과학회지 1990 ; 33 ; 2 : 210-215.
11. Piatway DE, Fayez JA. The use of CA-125 in the diagnosis and management of endometriosis. Fertil Steril 1986 ; 46 : 790.
12. C.M. March. Endometriosis-Management. in Update in Obstetrics and Gynecology. 삼성제일병원. 1997 : 131-135.
13. Meldrum DR, Chang RL, Lu J, et al. "Medical oophorectomy" using a long-acting GnRH agonist-a possible new approach to the treatment of endometriosis. J Clin Endocrin Metab 1982 ; 54 : 1081.
14. 劉金星. 子宮內膜異位症的治療及研究概況. 浙江中醫雜誌 1995 ; 7 : 331-333.
15. 曹玲仙. 上海中醫藥雜誌. 1982 ; 3 : 36.
16. 邵公權 等. 上海中醫藥雜誌. 1980 ; 3 : 4.
17. 田映碧 等. 中西醫結合雜誌 1985 ; 1 : 33.
18. 李祥雲 等. 上海中醫藥雜誌 1991 ; 7 : 20.
19. 劉金星 等. 中國中西醫結合雜誌 1994 ; 6 ; 337.
20. 孫寶珍. 146例子宮內膜異位致不孕症臨床分析. 上海中醫藥雜誌 1991 ; 3 : 10.
21. 劉德傳 等. 中西醫結合雜誌 1983 ; 4 : 207.
22. 金季玲 等. 活血化瘀治療子宮內膜異位症45例及甲鐵微細循環檢查分析. 陝西中醫 1990 ; 9 : 402.
23. 全國中西醫結合子宮內膜症學術研究討論會要約. 中西醫結合雜誌 1993 ; 1 : 60-62.
24. 김영균. 인폼드 컨센트. 서울 : 수석문화재단 1997.
25. 江克明, 包明慈. 校訂方劑大辭典. 서울 : 의성당 1991 : 1243.
26. 黃度淵原著, 南山堂. 編輯局譯. 對譯 證脈方藥合編. 서울 : 남산당 1985 : 247.
27. 신재용. 방약합편해설(제3판). 서울 : 성보사 1991 : 265.
28. 馬大正. 中醫婦科臨床藥物手冊. 安徽省 : 安徽科學技術出版社 1994 : 471-472.