

## 자궁근종의 한의학 연구 경향과 임상적 접근에 관한 연구

동국대학교 부속 일산한방병원 한방여성의학과  
김동일

### ABSTRACT

#### A study of the Guidelines for Investigation and Management of Uterine Myomas with Korean Medicine Therapies in Korea

Dong-il Kim, K.M.D, Ph. D.

Dept. of Ob&Gy, Ilsan Korean Medicine Hospital,

College of Korean Medicine, Dongguk Univ.

**Purpose:** The objective of this study is to serve guidelines for the investigation and management of uterine myomas with KM therapies.

**Methods:** English-language articles from PubMed and Korean-language articles from the database of the journal of oriental gynecology were reviewed from 2000 to 2005, using the key words 'uterine myoma', 'uterine leiomyoma', 'fibroid', 'uterine artery embolization', 'endometrial ablation', 'myomectomy', and 'jagungguenjong(子宮筋腫)'.

**Results and Limits:** The areas of clinical practices considered in formulating this guideline are assessment, KM therapies, medical treatments, myolysis, selective artery occlusion, endometrial ablation and surgical therapies including myomectomy and hysterectomy. Implementation of this guideline would optimize the decision-making process of women with uterine myomas and further investigation or therapy of their KM doctors. But we don't have abundant evidences of clinical trials of uterine myoma treated with KM therapy, though we treat or manage that with every-day clinical practices. Moreover cultural gaps between Korea and other western countries make many differences in the attitude to surgical therapies, especially hysterectomy. So it is very difficult to compare KM therapies with other therapies. Moreover it is much difficult to estimate cost-effectiveness and benefit of those therapies in QOL.

**Conclusions:** The majority of uterine myoma is asymptomatic and will not require any intervention or further investigation. But unmarried women who wish to marry and get pregnant want to find safe therapy for their asymptomatic uterine myomas. In that case, most of the patients prefer non-surgical therapy to surgical therapy. So KM herbal medicinal therapy is a good alternative method for those patients. For the symptomatic myomas, hysterectomy offers a definitive solution. However, it is not the best solution for women who wish to preserve their uterus. So KM therapy is a good alternative for them. But the predicted benefits of alternative therapies including KM therapy must be carefully weighed against the possible risks of these therapies. To improve the quality of life of both women with asymptomatic and symptomatic myomas, selecting and treating patients should be done carefully. Moreover, the effect of KM therapy has to be evaluated, comparing the possible situation without treatment and the benefit of constant treatment as a health-care system.

**Key words:** uterine myoma, leiomyoma, fibroids, herbal medicine

## I. 緒 論

자궁근종은 가장 흔한 부인과 영역의 종양으로 35세 이상 여성의 25% 내외에서 볼 수 있다. 이 종양은 난소기능이 활발할 때 잘 발생하며, 폐경기 이후에 발생하는 일은 거의 없고 기존에 있던 자궁근종도 위축되어 estrogen 의존성 종양으로 생각된다. 자궁근종은 발생부위, 발생형태 및 크기에 따라 증상이 없거나 혹은 발생할 수 있다.<sup>1)</sup>

무증상 자궁근종이 많으나 증상이 나타날 경우 종괴가 있는 느낌, 자궁출혈, 월경통과 골반통, 빈뇨와 변비 등과 같은 압박증상, 만성적 출혈의 결과에 의한 빈혈 관련 증상들이 생긴다. 자궁근종의 임상에 있어서 이러한 증상의 제어와 근종의 제거 혹은 소퇴가 치료의 원칙이 되어야 하겠지만 실제 임상에서는 자궁적출술이 가장 보편적인 치료법이 되고 있다. 그러나 삶의 질의 측면을 고려하고, 자궁의 보존을 희망하는 경우 자궁적출술 이외의 대안이 제시될 필요가 있다. 그러한 대안적 치료법으로서 GnRh를 이용한 내과적 치료, 근핵적출술, 동맥색전술, 자궁내막제거술 및 기타 보존적 요법들이 있다. 그러나 한국의 경우 아직까지는 자궁적출술이 치료의 주류를 이루고 있고, 미혼 여성 혹은 임신을 희망하는 여성 등에 한해 GnRh를 이용한 내과적 치료와 근핵적출술이 이루어지고 있다.<sup>2)</sup>

비공식적인 자료들을 통해 국내에서는 자궁적출술이 연간 8만 건 정도 이루어지는 것으로 추정할 수 있는데, 자궁근종이 가장 주된 수술 원인일 것으로 보인다. 그런데 자궁근종에 의해 이루어지는 자궁적출술의 시술 빈도는 국가마다 다

양하여 수술을 담당하는 의사의 주관적 판단과 자궁보존에 대한 환자의 의지에 따라 그러한 다양성이 유발될 가능성이 높다. 서구의 경우 미국이 1000명당 5.4명으로 가장 높고, 이탈리아가 1000명당 3.7명으로 중간 정도를 차지하고 있으며, 노르웨이가 1000명당 1.2명으로 가장 낮은 비율을 보이고 있다.<sup>3)</sup>

자궁적출술은 수술 후에 다양한 부작용과 심신장애를 유발할 수 있어 수술적응증에 국한하여 시행하는 것이 바람직하며, 수술적응증에 해당되더라도 수술과정과 수술 후에 대한 설명이 충분히 이루어질 필요가 있다. 또한 수술 후에는 예상되는 문제점들의 예방을 위한 한의학적 관리가 보충된다면 수술을 받은 환자의 건강과 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것이다. 자궁근종에 대한 한의학 치료의 임상 목표는 비수술적인 치료를 적용함으로써 수술로 인해 환자에게 생길 수 있는 잠재적 위해요인을 최소화하면서 삶의 질을 최대화할 수 있는 치료를 제공하는 것이다. 이러한 치료는 桂枝茯苓丸 및 歸朮破癥湯 등과 같은 전통적으로 활용해온 처방과 2004년 저자 등이 연구 발표한 바<sup>4)</sup>와 같이 半枝蓮과 鬼箭羽를 비롯한 단미 약물과 이들을 포함한 복합 처방인 加味橘荔散結丸 등과 같은 경험 처방에 의한 약물요법과 침구치료에 기반을 두고 있다. 이들 치료는 임상증상을 개선시키고 자궁근종의 성장을 억제하는데 일정한 효과가 있다. 그러나 이러한 한의학 치료가 일상적이고 보편적으로 이루어지고 있음에도 불구하고 이에 대한 대규모 임상연구와 이들 치료의 비용효과 및 정확한 치료적응범위에 대한 논문 근거는 부족한 실정이다.

이 논문에서는 2000년에서 2005년까지의 pub med와 한방부인과학회지 자료에서 자궁근종과 관련된 키워드를 이용하여 검색된 주요 논문의 내용을 분석하여 한의학의 자궁근종관련 연구 결과를 중심으로 한 한국의 자궁근종 임상 경향과 세계적 연구 경향을 비교하여 바람직한 한의학 임상지침을 제공하면서 자궁근종에 대한 한의학 치료의 임상적 효과를 객관적으로 제시할 수 있는 임상연구 방향을 제시하고자 하였다. 그러나 현재 대규모의 임상 실천 결과분석에 근거한 한방치료 지침을 규정하기 힘든 면이 있어 이 연구에서는 서양의학계의 관련 자료와 한의학계의 자료를 모두 참고하여 예시적 진료 지침에 대한 제언을 위주로 서술하였다.

## Ⅱ. 本 論

### I. 자궁근종의 서양의학과 한의학의 치료법 개요

자궁근종은 환자의 연령, 출산력, 임신 상태, 출산 욕구, 다른 질환과의 합병 여부, 환자의 전반적 건강, 증상, 크기, 위치 등에 따라 치료법이 결정되어야 한다. 그러나 이러한 다양한 인자들이 단독으로 작용하는 것이 아니라 복합적으로 작용하므로 적절한 치료 방법을 결정하는 것은 쉬운 일이 아니다. 또한 한방과 양방의 치료법이 보완적 관계에 놓여 있지만 한국의 의료 현실에서 양자의 조화와 절충이 쉽지 않아 임상적 어려움을 증대시킬 수 있다.

여기서 논의될 주된 내용은 임상 한의사에게 자궁근종에 대한 한의학 치료의 범위와 방법이며, 이와 관련된 한계의 설정을 위해 서양의학의 치료법과 적응범

위를 언급하게 된다.

#### 1. 서양의학적 치료법

서양의학계에서 이루어지는 치료법은 크게 기대요법, 내과적 호르몬 요법, 수술적 요법, 기타 요법 등으로 분류해볼 수 있다.

##### 1) 기대요법

정기적 검진을 통해 자궁근종의 추이를 관망하는 방법이다. 출혈과다나 월경통 등의 증상이 없고, 그 크기가 크지 않으며, 근종의 위치가 근층 내부이거나 장막 하에 존재하는 경우에 주로 적용된다. 기대요법의 기준이 되는 근종의 크기를 일률적으로 정하기는 어렵다.

##### 2) 내과적 호르몬 요법

자궁근종에 대한 내과적 치료법은 주로 GnRh-a를 이용하여 인위적으로 폐경과 같은 상태를 만들어 estrogen에 의존하는 자궁근종의 성장을 억제하는 치료법이 사용된다.

이것은 커다란 자궁근종을 가진 여성이 임신을 희망할 때, 또는 자궁근종을 절제하기 전의 전처치로 활용하는 경우가 많다. 또한 커다란 자궁근종을 가지고 있는 여성 중 질식 자궁적출을 받고자 하거나 복강경으로 인한 수술을 받고자 하는 경우에 근종의 크기를 줄이는 목적으로 활용된다. 그 밖에 수술 전에 있었던 빈혈 상태의 교정에 필요한 시간을 확보하기 위한 투여하는 경우, 수술을 피하고자 하는 폐경기에 가까운 여성, 건강 상태의 이상으로 수술이 부적합한 경우 등에 활용한다.<sup>1)</sup>

### 3)수술요법

자궁근종에 대한 수술 요법은 크게 자궁근종을 절제하는 것과 자궁을 적출하는 것으로 나눌 수 있으며, 세분하면 각각의 수술에 대한 개복술, 복강경, 질식 등으로 구체적 수술 방식이 달라지고, 자궁적출의 경우에는 다시 자궁경부를 보존하는 경우와 부속기를 함께 제거하는 경우 등으로 구분할 수 있다.

#### 3-1)자궁적출술

자궁적출술의 기본적인 적응증은 비정상자궁출혈, 자궁근종, 자궁선근증, 자궁내막증, 악성종양, 만성난관염 등이다. 자궁적출술은 미국에서 매년 500,000-600,000건이 이루어진다. 복부를 통해 이루어지는 수술이 60-80%를 차지한다.<sup>2,5)</sup>

자궁근종과 관련된 자궁적출술은 비정상적 자궁출혈로 인하여 빈혈을 초래하는 경우, 제어되지 않는 월경과다를 동반한 점막하근종, 유경성 근종, 방광 및 직장이 근종에 의해 압박되는 증상이 나타나는 경우, 광간막근종, 골반염이나 자궁내막증 등 다른 골반질환과 같이 있을 경우, 자궁근종이 급히 자랄 때 등에 이루어진다. 서양의학적 관점에서는 임신할 수 있는 능력의 유지를 희망하지 않는 환자와 다른 대안적 치료에 대한 검토가 완료되었으며, 수술에 대한 위험성에 대해서도 충분히 이해된 수술적응증의 자궁근종 환자에게는 자궁적출술(Hysterectomy)이 가장 현실적인 치료법이 될 수 있으며, 이들에게 수술의 만족도는 비교적 높다고 한다. 일반적인 믿음과 달리 개복술을 이용한 단순 자궁적출술이 방광기능, 장기능, 성기능 등 골반

장기의 기능에 부정적인 영향을 미치지 않는 것으로 보인다. 또한 자궁경부의 보존이 전자궁적출술에 비해 이점을 나타내지 않았다. 한편, 근치적 자궁적출술은 골반기관에 대한 광범위한 절제를 할 가능성이 많아 어느 정도의 골반장기의 기능에 영향을 미칠 것으로 보이지만 소규모의 후향적 연구에 따르면 상반된 결과가 보인다. 성기능장애는 일시적으로 나타날 뿐이었다. 따라서 자궁적출술의 시술 전에 이러한 민간에 나타나는 부정적인 두려움들을 해소시킬 수 있도록 면담하는 것이 필요하다.<sup>6)</sup>

자궁적출술에 대한 결과에 대한 경제적 측면을 비교한 어떤 연구에 따르면, 질식 자궁적출술이 가장 비용효과적이었으며, 자궁경부 보존의 이점에 대한 뚜렷한 증거는 없었으며, 난소적출술을 동시에 행하는 것이 비용효과적이라는 증거 역시 없었다고 한다.<sup>5)</sup>

비록 복부를 통한 전자궁적출술(total abdominal hysterectomy)은 해마다 감소하고 있지만 복부를 통한 부분자궁적출술(subtotal abdominal hysterectomy)은 4배 이상 증가하고 있다. 그런데 이 수술은 월경의 지속과 자궁경부의 탈출(cervical prolapse)과 같은 문제가 있을 수 있다.<sup>7)</sup>

질을 통한 자궁적출술은 안전하고 적용이 용이하고 환자의 수용성이 높아 그 응용이 확대되고 있다.<sup>8)</sup>

무작위 임상시험연구결과에 따르면 복강경식 자궁적출술(laparoscopic hysterectomy, LH)은 인접 장기 손상의 위험성이 수반되고 수술시간이 길며, 직접적인 수술비용이 높으나 재원일수를 줄이고 수술후 통증을 감소시키며, 회복

을 빠르게 하므로 비용효과적일 수 있다.<sup>9)</sup>

### 3-2) 자궁근종절제술

자궁근종만을 절제하는 자궁근종제거술은 생식력의 보존이 요구되는 경우, 근종의 크기가 작고 수가 적을 때 시행하게 된다. 이것은 주로 가임력의 보존을 필요로 하는 자궁근종 환자와 자궁근종이 있는 불임여성 등에서 선택적으로 활용되는 치료법이다. 이 치료법은 자궁근종이 불임에 미치는 영향에 대한 논쟁이 있는 한 논란의 대상이 될 수 있다. 특히 수술 후의 효과에 대한 정확한 정보가 드문 실정이다. 따라서 이를 선택하는 환자는 추가적인 진단과 치료가 필요할 수 있다는 사항에 대해 충분한 설명을 받아야 한다.

자궁근종절제술은 크게 복식 자궁근종절제술, 골반경하 자궁근종절제술, 자궁경하 점막하근종절제술의 세 가지 경우로 나눌 수 있다.

근종절제술 후의 재발율은 10-45%로 보고되고 있으므로 수술 후에는 가능한 임신을 빨리 시도하는 것이 바람직하다. 또 수술 후 임신한 환자의 경우 분만 방식에 대한 논란이 생길 수 있다. 일반적으로 근종절제술을 시행할 때 일부 자궁내강이 손상되었거나 절제범위가 확장되었다면 제왕절개술을 시행하는 것이 원칙이다. 이전에 임신되지 않은 자궁에서 근종절제술이 시행되었거나 수술 후 감염으로 인한 수술부위 악화가 의심되지 않으면 질식분만을 시도할 수 있다.<sup>10)</sup>

자궁근종절제술을 시술받은 환자에 대한 추가적인 한의학 치료의 가능성은 상정할 수 있지만 이의 방법론적 사항과

유효성 및 경제성에 대한 검토는 현재 이루어져 있지 않다.

#### ① 개복술을 통한 자궁근종절제술

개복 후에 자궁근종을 제거하는 복식 자궁근종절제술은 큰 장막하 근종, 근내 근종, 다발성으로 존재하는 근종, 자궁내강의 노출이 예상되는 경우 등이다.<sup>10)</sup> Jean-Bernard Dubussion<sup>11)</sup> 등은 크기가 8cm 이상 또는 3개 이상의 다발성 근종이 존재하는 경우에는 복식 자궁근종절제술이 유리하다 하였다.

#### ② 골반경을 통한 자궁근종절제술

최근 자궁보존과 비침습적인 술기에 대한 관심이 높아지면서 골반경하 자궁근종절제술에 대한 연구가 다양하게 이루어지고 있다. 골반경하 자궁근종절제술은 1980년 Semm & Mettler<sup>12)</sup>에 의해 처음 소개되었고 이후 빠른 퇴원과 미용효과 및 수술 후 복강내 유착이 적은 이점이 부각되었다. 그러나 이에 대한 안전성과 유효성은 여전히 남아 있다. 특히 수술중의 과다출혈, 장기간의 수술시간, 제거후 봉합수술 술기 상의 문제가 그러한 논쟁의 중요한 요소들이다. 현재까지 알려진 골반경하 자궁근종절제술의 금기증은 최대자궁근종의 크기가 15cm 이상, 광범위한 자궁근종증(diffuse leiomatosis), 3cm 이상의 자궁근종이 6개 이상, 점막하근종의 50% 이상이 자궁내강으로 돌출된 경우이다.<sup>13)</sup>

이 수술은 시술자의 숙련도가 수술시간과 출혈량 등 논란의 중심이 되는 문제와 직접적인 관련이 있으므로 환자를 의뢰할 때 이러한 점에 유의할 필요가 있다.

③자궁경을 통한 점막하 자궁근종절제술  
 자궁근종제거술 중 경자궁경적 자궁근종절제술(Hysteroscopic myomectomy)은 자궁강 내에 존재하는 유증상 근종에 대해 가장 우선적으로 선택할 수 있는 보존적 수술 요법이다.

점막하 근종은 개복 수술이나 골반경을 이용한 수술을 통해 제거할 경우에는 자궁벽을 약화시키므로 임신을 원하는 사람에게는 제한적일 수밖에 없다. 최근에는 자궁경을 널리 사용하게 되었고, 기구에 있어서도 방광내시경에 활용하던 절제경(resectoscopy)을 이용하게 되어 자궁근종의 제거가 용이하게 되었다.<sup>14)</sup> 따라서 임신을 희망하는 유증상 점막하근종의 경우 자궁경을 이용한 점막하 자궁근종절제술을 1차적인 치료법으로 선택하는 것이 바람직할 것이다.

4)기타 요법

자궁동맥색전술(Uterine Arterial Embolization)은 자궁을 보존하고자 하는 여성에서 제한적이지만 유용한 대안적 치료 방법이다. 이것은 1970년대에 소개되기 시작하였고, 1995년 Ravina는 자궁적출술이나 자궁근종절제술의 합병증을 줄이기 위한 1차적인 치료법으로서 자궁근종의 크기를 감소시키고 관련된 증상을 개선시킬 수 있는 것으로 제안하였다. 또한 Goodwin과 Bradley 등도 자궁출혈과 통증을 동반한 환자에게 이 치료법을 적용하여 임상증상의 호전과 근종크기의 감소를 보고하였다. 국내에서는 1998년 최초로 시행되어 그 결과가 1999년에 논문으로 발표된 바 있다.<sup>15)</sup> 이후 2002년에 거대 자궁근종의 치료 경험<sup>16)</sup>이 보고되기도 하였으나 아직 보편적으로 널리 활용

되고 있지는 않은 실정이다. 이 치료법은 적응환자의 선별과 시술하는 방사선과 전문의의 숙련도가 합병증을 줄이고 성공률을 높이는 중요한 관건이 된다. 시술 후 합병증은 혈관조영술의 합병증인 혈관박리, 골반내 감염, 허혈현상, 재입원을 요하는 색전술후증후군(postembolization syndrome), 난소기능소실, 성기능장애, 시술을 요하는 섬유성조직배출, 비부인과적 색전, 방사선 손상, 약물부작용, 폐색전증 등이 있다.<sup>17)</sup> 또한 색전술을 시술받았던 환자의 10% 정도에서 실패, 합병증 발생, 중복 이환된 질병이나 새로운 질병의 발생 등으로 전자궁적출술을 시술받았다고 한다.<sup>18)</sup>

근래 다른 국내 논문<sup>19)</sup>에서는 40명의 환자에 대해 이 치료를 적용한 결과를 보고하였다. 이에 따르면 대상 환자들 중 3명은 수술 전에 한약을 복용하여 임의로 증상 조절을 시도하였고, 9명은 GnRh-a를 투여하였다고 한다. 대상 중 34명은 월경과다를 호소하였으며, 14명은 월경통을 호소하였고, 골반통과 빈뇨를 호소하는 사람은 4명이었다. 시술 후 3개월에 추후관찰 한 결과, 월경량의 감소는 확인된 환자의 92.3%에서, 월경통은 확인된 환자의 60%에서, 골반통과 빈뇨는 확인된 환자의 50%에서 이루어졌다. 자궁근종의 용적은 시술 후 1개월에 40.3%의 감소가, 1년 후에는 72.2%의 감소가 이루어졌다. 시술 후 합병증으로는 복통, 발열, 하복부 불편감, 오심 등이 가볍게 있었다.

그러나 이러한 긍정적 결과 보고에도 불구하고 자궁동맥색전술은 장기적인 효과가 얼마나 되는지, 또한 새로운 근종의 발생을 막을 수 있는지 등에 대해서는

더 많은 연구가 필요하다는 것이 일반적인 서양의학계의 견해이다.

경복강경적 근종용해술(Laparoscopic myolysis)은 자궁을 보존하고 싶지만 추가적인 임신을 희망하지 않는 여성의 유증상 근내근종 및 유증상 장막하근종에 대한 자궁적출술 및 자궁근종절제술을 대체할 수 있는 치료법이다. 그리고 최근에는 새로운 보존적 요법으로 고주파를 이용한 근종 용해술도 국내에서 활용되고 있다. 이는 간암 치료에 응용되던 치료법에서 발전된 치료법으로 열자극을 통해 근종조직을 용해시키는 것이다. 최근 이에 대한 초보적인 임상 결과들이 보고되고 있다.

국내에서는 아직 보편적으로 활용되지는 않고 있는 이러한 치료법들을 적용하고자 할 때는 환자들에게 치료 효과와 예상되는 위험성에 대한 충분한 검토와 설명이 이루어져야 한다. 특히 장기적인 효과, 수태율과 임신결과에 미치는 영향, 환자의 진료 만족도 등에 대한 충분한 연구가 아직 이루어지지 못하였음에 대한 설명이 필요하다.

특히 출혈과 동통의 제거를 위한 치료에서 있어서는 자궁적출술이 매우 효과적이 치료법이므로 이를 대체하는 요법들은 진료후의 만족도와 삶의 질에 있어서 객관적인 비교가 이루어져야 하며, 부가적으로 합병증 발생율, 부작용 발생율, 비용효과 등도 검토되어야 한다. 더욱이 자궁출혈이 지속되는 경우에 있어서는 내과적 치료보다 자궁적출술이 삶의 질에 더 좋다는 결과들이 나오고 있는 실정이다.

한편, 자궁적출술과 LNG-IUS (levonorgestrel-releasing intrauterine

system, Mirena)의 치료만족도, 건강과 관련된 삶의 질, 정신·사회적 웰빙감 등은 유사하였으며, 비용효과적인 측면에서는 LNG-IUS가 비용을 감소시키는 결과를 보였다고 한다. 자궁내막제거술은 월경량을 감소시키는 효과가 있으나 시간이 경과할수록 감소되었다. 자궁동맥색전술이나 자궁근종절제술과 자궁적출술을 비교하는 대규모의 적합한 연구는 이루어지지 않았다.<sup>2)</sup>

아마도 최근의 연구 결과에서 가장 두드러진 것은 자궁적출술의 대체요법들이 자궁적출술의 비율을 감소시키지 않는다는 것이다.<sup>20)</sup> 이러한 결론은 한의학 치료를 통한 자궁근종 임상관리의 효과에 대한 객관적 검증에서 최종적으로 검토되어야 할 내용 중 한 가지가 “한의학 치료가 실제로 자궁적출술을 얼마나 감소시키는가?” 입을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

## 2. 한의학 연구 경향 고찰

제한동의학술원의 한의학문헌검색 서비스를(<http://omis.dhu.ac.kr/default.asp>)를 이용하여 자궁근종과 관련된 논문을 조사하였을 때, 최근 5년간의 자궁근종관련 한의학논문은 총 25편이었다(검색기간 2000년부터 2005년 6월까지, 검색어 자궁근종, 근종, uterine myoma, fibroid). 이 가운데 증례논문은 총 6편이었고, 종설이 1편, 진단방법의 응용에 관한 논문이 1편 있었다. 그 외는 모두 한약의 자궁근종 억제에 관한 실험논문으로 총 18편에 이르렀다.

실험논문은 모두 세포자멸사(apoptosis) 유도와 성장인자 조절 기전을 통한 자궁근종 성장 억제에 관한 것

들이었다. 실험에 활용된 자궁근종 성장 관련 기전이나 물질은 MAP Kinase, TGF-β1, PKC, IGF-I, Bcl-2, aromatase 등이었다.

또 실험에 활용된 약물은 단미 약물로서 반지련, 귀전우, 대황, 향부자, 계혈등 등이 있었으며, 복합처방으로는 실소산, 오적산, 격하축어탕, 소복축어탕, 반총산 등이 있었다.

최근 발표된 한의학 연구 논문 가운데

서 가장 규모가 큰 연구는 엄윤경 등<sup>21)</sup>은 동의대학교 한방병원 부인과에 내원한 자궁근종 환자의 증상 지표에 관한 연구였으나 이것은 자궁근종으로 내원한 환자의 전신증상에 관한 것이었을 뿐 환자의 자궁근종 양상과 치료 실태에 대한 종합적인 분석 논문은 아니었다. 아직 국내 연구 논문 중에는 대규모의 임상 결과를 종합 분석한 논문은 발견되지 않는다.

표. 1 최근 5년간 자궁근종에 관한 한의학 국내 임상 논문 발표 일람

저자	논문제목	게재지	게재연도	논문유형
김동일, 이태균	호르몬 대체요법 중 증대된 자궁근종 환자 1례의 임상에 관한 연구.	한방부인과학회지	2002	임상증례
류경호, 김경철, 이용태	가미귀출이경탕과 좌궁단이 자궁근종에 미치는 영향에 대한 임상적인 연구	한방부인과학회지	2003	임상증례
박준식 외 3인	자궁근종증 환자 1예에 대한 임상보고	한방부인과학회지	2004	임상증례
이보라 외 4인	자궁근종 1례에 대한 임상보고	한방부인과학회지	2004	임상증례
박영선, 김동철, 백승희	자궁근종 2례 임상경과 보고.	한방부인과학회지	2004	임상증례
서은희 외 4인	자궁근종 및 난소낭종으로 진단받은 소양인 환자 치험례.	사상의학회지	2005	임상증례

표 2. 5년간 자궁근종에 관한 한의학 국내 종설 논문 발표 일람

저자	논문제목	게재지	게재연도	논문유형
이태균	자궁근종에 관한 고찰.	한방부인과학회지	2003	종설
박경미 외 4인.	홍채 체질의 부인과 임상 응용에 관한 연구 - 불임, 자궁근종, 난소낭종 환자를 중심으로-	한방부인과학회지	2002	종설



표 3. 5년간 자궁근종에 관한 한의학 국내 실험 논문 발표 일람

저자	논문제목	게재지	게재 연도	논문 유형
김소연, 백승희	격하축어탕이 자궁근종세포의 증식과 MAP Kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향	한방부인과학회지	2002	실험
김윤근 외 3인	반총산이 자궁근종세포의 사멸과 Cell Apoptosis에 미치는 영향	한방부인과학회지	2003	실험
이영림, 백승희	소복축어탕이 자궁근종세포의 성장억제와 MAP Kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향	한방부인과학회지	2003	실험
김동철 외 3인	항부자가 자궁근종세포의 성장억제와 MAP kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향	한방부인과학회지	2003	실험
전미혜 외 3인	오적산이 자궁근종세포의 사멸과 Cell Apoptosis에 미치는 영향	한방부인과학회지	2003	실험
양영필 외 5인	대황이 자궁근종세포의 세포자멸사에 미치는 영향	동의생리병리학회지	2004	실험
백승희, 김동철	실소산이 자궁근종세포의 증식억제와 MAP kinase 활성화 및 Cell Apoptosis에 미치는 영향	동의생리병리학회지	2004	실험
성준호 외 5인	귀전우가 자궁근종세포와 정상 자궁내막세포의 성장과 TGF-β1에 미치는 영향	한방부인과학회지	2004	실험
오민주 외 5인	반지련의 GnRH agonist 유사활성에 의한 자궁근종 배양세포 성장억제 효과	한방부인과학회지	2004	실험
이지연, 김동일, 이태균	귀전우에 의한 자궁근종세포와 자궁평활근세포에서의 PKC 활성화도 조절에 관한 연구	한방부인과학회지	2004	실험
김화 외 4인	자궁근종세포에서의 반지련에 의한 IGF-I 발현 조절에 관한 연구	한방부인과학회지	2004	실험
송영림, 김동일, 이태균	hGRG로 유도된 자궁근종세포와 자궁평활근세포의 증식에 대한 반지련의 억제효과	한방부인과학회지	2004	실험
김민성 외 3인	반지련의 Bcl-2발현감소를 통한 자궁근종세포 성장억제에 미치는 효과	한방부인과학회지	2004	실험
한지영 외 3인	반지련과 귀전우에 의한 자궁근종세포에서의 aromatase 활성화도 억제효과에 관한 연구	한방부인과학회지	2004	실험
백영선, 백승희	제혈등의 Beta-sitosterol 성분이 자궁근종세포의 증식억제와 세포자멸사의 유도에 미치는 영향	한방부인과학회지	2005	실험

또한 한의학과 관련된 국제적 규모의 의학논문집에 수재된 국외 자료 역시 많이 찾아보기 어려우며, 더욱이 합리적으로 설계된 대규모 임상연구는 더욱 드문 실정이다.

PubMed(검색어 uterine myoma and CAM, uterine myoma and herbal medicine, uterine myoma and acupuncture, uterine myoma and herb)에서 관련 논문을 검색하였을 때 한약을 이용한 논문에는 제약화된 한방제제를 이용한 두 가지 연구 논문이 검색되었다.

그리고 침에 의한 효과와 관련된 논문 1편이 검색되었다.

또한 <http://www.sciencedirect.com>의 database를 이용하여 얻어진 논문 가운데 비교적 체계적인 pilot study로 이루어진 연구<sup>22)</sup>에서는 동일 조건의 한방치료군과 황체호르몬제제, 경구피임약, 비스테로이드성 소염진통제 등을 이용하여 내과적 치료를 환자들을 대조군로 하여 두 군 간의 치료 결과와 진료만족도를 조사하였다. 이 연구에서 임상연구에 포함된 진단 기준(inclusion criteria)과 배제된 진단

단기준(exclusion criteria)은 다음과 같다.

inclusion criteria : 촉진 가능한 자궁근종으로 임신 6주-8주에 이르는 자궁크기를 나타낸 경우 혹은 직경 2-3cm에 이르는 자궁근종. 이와 같은 두 가지 조건에 해당되는 환자로서 치료 전과 치료 후에 초음파 검사를 희망하며, 즉각적인 수술적응증이 아닌 경우.

exclusion criteria : 자궁근종이 연간 6cm 이상 성장한 경우 혹은 헤모글로빈 수치가 8mg/dl 이하인 경우는 기본적으로 배제하였으며, 폐경 후 여성, 다른 질환(hydronephrosis)을 함께 앓고 있는 환자, 경구피임약을 복용 중인 환자 역시 배제하였다.

이러한 기준에 따라 24세에서 45세에 이르는 촉진할 수 있는 근종을 가진 37명의 폐경 전 여성에게 한약(traditional chinese medicine)과 신체치료(body therapy) 및 암시요법(guided imagery)을 매주 6개월간 적용하였고, 이에 상응하는 양방의 내과적 치료를 받은 여성을 대상으로 그 결과를 비교하였다. 이때 사용된 평가 척도는 자궁근종의 크기, 수반된 증상의 발현정도, 환자만족도였다. 특히 자궁근종의 크기는 치료 시작 1개월 이내에 측정된 것과 대체적으로 치료가 종지된 6개월 후에 재측정하여 비교하였다. 초음파 측정은 같은 진단그룹에 속한 평가자에 의해 이루어져 신뢰성을 높였다. 결과적으로 시험군에서는 22명이 자궁근종이 성장을 멎거나 감소되었으나 대조군에서는 3명만이 성장을 멎거나 감소되었다. 치료군에서는 1인당 평균 3,800달러가 들어 대조군에 비해 현저히 높은 의료비가 지출되었다. 증상 개선에서는 두 군에서 모두 유효하였으나 진료만족

도는 대조군보다 시험군에서 현저히 더 높았다.

이 연구는 한약 투여를 중심으로 한 일련의 치료가 양방의 내과적 치료보다 비쌌지만 더 효과적임을 보여주고 있다. 그러나 신체치료와 암시요법의 효과가 얼마나 유효한지에 대해서는 검토되지 않았다.

그 밖의 관련 논문 중 消瘤錠劑(Xiaoliu Tablet, XLT)가 자궁근종의 치료에 미치는 효과와 면역기능에 미치는 영향에 관한 연구<sup>23)</sup>를 보면, 71명의 자궁근종환자에 대한 消瘤錠劑의 치료효과를 관찰하였는데, natural killer (NK) cells의 활성은 50명의 환자와 30명의 정상 여성에게 평가되었다. 그 결과 자궁근종의 부피 감소와 월경상태 개선에 유효하였는데, 이러한 효과는 단독으로 존재하는 근종과 크기가 작은 근종에 대해 더욱 현저하였다고 한다. NK cells의 활성도는 정상여성(45.42 +/- 9.05%, n = 30)과 근종여성(24.61 +/- 6.04%, n = 50)간에 뚜렷하게 차이가 있었으며, 6개월간의 투약 후에 유의한 상승효과가 관찰되었다(37.54 +/- 5.01%, n = 39)고 한다. 이러한 결과를 통해 면역학적 기능의 개선이 消瘤錠劑의 치료효과의 일부 기전임을 추정할 수 있었다. 또한 자궁근종에 의한 빈혈을 當歸芍藥散으로 교정한 연구<sup>24)</sup>가 있다. 당귀작약산과 철분제제의 4-8주간 경구 투여가 자궁근종에 수반된 hypochromic anemia에 미치는 결과를 후향적으로 연구하였다. 25명의 환자에 대해서 혈구검사, 주관적 증상, 부작용의 발현 상황 등이 평가되었다. 혈구 검사 결과는 철분제 복용군에서 현저한 개선 효과가 있었으나 당귀작약산 복용군에서

는 개선효과가 관찰되지 않았다. 그러나 안면창백, 스포른형 조갑, 어지럼 등의 증상은 당귀작약산 복용군에서도 현저한 개선효과가 있었다. 부가적으로 당귀작약산 복용군은 월경과다, 월경곤란증, 냉감의 자각(냉증), 어지럼, 두통, 견옹 등에 대해 완화효과를 보였다. 철분제 복용군에서는 80%에서 부작용을 경험하였으나 당귀작약산 복용군에서는 뚜렷한 부작용을 보인 환자가 없었다. 이러한 점에서 볼 때 당귀작약산은 경도에서 중등도에 이르는 자궁근종에 수반된 빈혈에 대해 유용한 것으로 판단된다.

그 외 자궁근종에 대한 침치료 효과와 관련한 한 연구<sup>25)</sup>에서는 유효율이 98%에 이른다고 하였으나 대조군에 대한 설명은 없었다.

### 3. 자궁근종의 한의학적 치료 적응증과 임상 방법론

이상에서 볼 때 한의학을 이용한 자궁근종 치료에 대한 대규모 임상 연구는 찾기 어려웠으나 임상중재 연구와 국외의 임상시험 연구결과 및 국내외의 실험 연구를 통해 한의학 요법이 자궁근종에 대해 일정한 유효성이 있음이 검증되었다. 이러한 연구 결과와 임상경험을 참고하여 자궁근종에 대한 한의학 임상에서 고려할 수 있는 치료적응증과 임상 지침과 관련된 문제점들을 검토하고자 한다.

#### 1) 무증상 근종

첫째 자궁근종의 크기가 작고 증상이 없는 자궁근종은 서양의학적 치료 지침상 정기적인 관찰만을 행할 경우 자궁근종의 일반적인 속성상 시간의 경과에 따라 추가적인 발생이나 증대의 가능성이

많게 된다. 따라서 미혼 여성이거나 출산의 계획이 있는 기혼 여성에 대해서는 자궁근종의 성장과 추가적인 발생을 최대한 억제하여 가임력을 보존해줄 필요가 있다. 이 경우 비록 이론적으로는 적절한 처방과 제형이 임상적으로 통용되고 있지만 그 실효적 효과와 비용효과에 대한 검토는 장기적인 과제로 남게 된다.

이러한 경우의 한방치료는 기본적으로 출혈과다나 월경통 등의 증상이 없으며, 일반적으로 자궁크기는 임신 8주 이내의 자궁크기로, 자궁근종의 크기는 직경 8CM 이하의 근종에 대해 6개월 간격의 관찰 기간 중에 시행하는 치료가 되어야 바람직할 것으로 보인다. 이러한 치료는 자궁의 크기와 자궁근종의 크기 및 개수에 변화가 없게 하거나 줄어들게 하여 임신 시도가 이루어질 수 있도록 하는 것을 일차적인 임상과제로 설정할 수 있다. 이어서 임신과 출산을 성공적으로 이루게 하는 것이 이차적인 목표가 된다.

그러나 실제적인 임상 수행에 있어서는 “언제까지 어떤 임상적 지표로 치료기간을 설정하는가?”, “치료를 중지하는 시점에서는 어떤 지표로 치료 결과를 평가할 것인가?”, “부작용의 유무와 이의 판정기준은 무엇인가?”, “비용효과에 대한 평가는 어떻게 할 것인가?” 등이 임상적 의문으로 제시될 수 있다.

#### 2) 수술적응증이 아닌 유증상 근종

자궁근종으로 인한 어떤 신체적 증상이 있는 유증상 근종이지만 아직 수술 단계가 아니어서 증상의 제어를 이루고, 중장기적으로 수술을 피하고자 할 경우에 대한 한의학 치료의 적용이다. 이것은 수술할 정도로 자궁근종이 거대하거나

급격하게 성장하지 않지만 증상이 발현되어 치료가 필요한 경우라고 할 수 있다.

대부분의 자궁근종은 특별한 증상을 나타내지 않지만 자궁근종 환자의 일부는 증상을 나타내게 된다. 자궁근종의 증상에는 출혈, 동통, 압박증상, 종괴감, 그리고 출혈에 의한 이차적 증상 등이 있다. 이러한 증상들은 자궁근종의 부위와 크기에 따라 다양한 유형과 강도로 나타날 수 있게 된다.

출혈은 월경과다와 부정출혈의 양상으로 나타날 수 있다. 어떠한 형태든 지속되고 반복될 경우 빈혈을 유발하고, 이차적 증상을 야기하며, 건강을 심각하게 위협할 수 있다. 특히 임신에서는 갱년기 여성의 기능성자궁출혈과 근종이 중첩될 경우 진단과 임상적 관리에 어려움을 겪는 경우가 많다. 이 경우에는 자궁적출술의 권유가 이루어지기도 쉽게 된다.

통증은 일반적으로 72시간을 초과하는 월경곤란증 형태로 나타나게 된다. 압박증상은 종괴가 증대되어 골반내 장기와 신경 등을 압박하여 발생하는 일련의 증상이다. 이것은 종괴의 부위가 장막하이면서 자궁근종의 크기가 클 때 잘 생길 수 있다. 변비 및 배변장애, 빈뇨 및 노폐, 좌골신경통 등이 압박증상의 유형들이다. 증상의 강도가 심한 경우 즉각적인 수술적 치료가 필요한 것으로 보고 있다. 종괴감은 증대된 자궁체나 돌출된 거대 자궁근종을 환자가 인지하는 것으로 수반된 증상에 따라 수술의 여부가 결정될 수 있다.

이차적 증상은 반복적인 출혈과다에 의해 야기된 빈혈로 생기는 증상들이다. 두근거림, 쇠약감, 현훈 등이 그러한 예

가 된다.

이처럼 유증상 자궁근종에 대한 한의학 치료과정에서는 증상의 관리와 자궁근종의 성장 억제라는 두 가지 문제에 직면하게 된다. 일차적으로는 증상의 관리가 선행되어야 하겠지만 근종의 성장 억제가 이루어지지 않는다면 이러한 경우의 치료는 일시적이고 보조적인 수준에 머무르게 된다. 따라서 한의학 치료의 적용 기한은 일반적인 기대요법의 기간을 넘지 않은 범위에서 이루어져야 할 것이다.

### 3) 자궁적출수술적응증 환자의 단기 유지 요법

수술적응증의 범주에 들지만 불가피한 사정으로 증상을 제어하면서 수술을 미루면서 단기적인 유지요법을 적용할 때는 위에서 언급한 유증상 근종의 임상 원칙과 다르지 않다.

### 4) 자궁근종절제수술 환자에 대한 술전 병용 요법

자궁근종절제수술 전에는 통상 자궁근종의 크기를 줄이기 위해 GnRh-a와 같은 내과적 치료를 적용하게 된다. 술전 병용 요법은 내과적 치료 방법 적용 기간 동안에 한의학 치료를 병행하는 것을 말한다. 이때는 活血消積의 처방으로 자궁근종의 소퇴를 더욱 적극적으로 이루어지게 하는 방법과 GnRh-a의 부작용인 상열감과 전신쇠약감 등을 해소하는 扶正의 처방을 투여하는 방법으로 양분할 수 있다.

### 5) 임신을 희망하는 자궁근종 환자에 대한 求嗣療法

즉각적인 임신을 희망하는 저수태 상태 및 불임증 상태인 자궁근종을 치료하는 경우 생식기능의 이상이 자궁근종과 직접적인 연관이 있는지 명확히 하면서 한의학 치료를 하여야 한다. 그러나 실제 임상에서는 근종과 불임 혹은 저수태 상태의 상관성 평가가 어려운 경우가 많지만 우선은 치료의 주안이 자궁근종에 있어야 하는지, 求嗣에 있어야 하는지 확실할 필요가 있다.

자궁근종이 생식현상에 미치는 영향으로는 유산, 만삭 전 진통, 분만진통 이상, 산후출혈 등이 있다. 그러나 자궁근종이 불임에 미치는 영향에 대해서는 논란의 여지가 있다. 그러나 다른 불임 원인이 발견되지 않고 자궁근종만 있는 경우에는 자궁근종이 불임의 원인으로 작용할 가능성을 배제할 수 없다. 자궁근종이 불임에 관여하는 기전은 명확하지 않지만 여러 가지 의견들이 검토되고 있다. Stevenson은 자궁근종이 자궁수축을 증가시키고, 또한 자궁근종 위에 위치한 자궁내막이 매우 얇아져 있고, 혈액공급이 부족하여 수정란의 착상을 방해하는 때문일 것으로 추정하였다. Coutinho 등은 성교시 정액내 프로스타그란딘이 규칙적인 자궁수축을 유발하여 정자의 이동을 돕는데, 자궁근종에서는 이러한 수축이 방해되어 불임이 될 수 있고, 또한 물리적 효과에 의한 나팔관 경로의 변형, 자궁경관의 압박, 자궁경관 위치 변화로 인한 정자수종의 장애, 자궁내강의 변형으로 착상을 방해하는 기전, 정상자궁수축력을 변화시키는 기전 등이 관여할 것으로 설명하였다.<sup>10)</sup>

자궁근종이 있는 불임여성에 대해 복강경을 이용한 수술 후에 임신율을 향상

시켰다는 논문들이 나오고 있기는 하지만 대개는 제한된 샘플크기, 부족한 연구 디자인, 불분명한 추적관찰, 그리고 추가적인 불임 인자의 존재 등에 의해 확실한 증거가 부족한 실정이다.<sup>10)</sup>

복식근종절제술은 잘 숙련된 술자에 의해 이루어질 경우 복강경에 의한 수술보다 임신율을 더 높이는 것으로 알려져 있다. 김재덕 등<sup>10)</sup>은 불임여성에서 복식 자궁근종절제술 후에 임신에 영향을 미치는 인자를 검토하였는데, 수술 전 근종의 개수는 임신에 크게 영향을 미치지 않았고, 5mm 이하의 크기일 때 성공률이 높았으며, 근종의 위치가 측방(lateral)일 때 임신율이 33.3%로 낮았다고 하였다. Sudik 등<sup>26)</sup>은 근종이 하나일 때, 크기가 클 때는 임신성공률을 증가시킬 수 있지만 5개 이상의 근종이 다발로 있을 경우에는 임신 성공률이 저하된다고 하였다.

한의학 논문에서 임신과 자궁근종의 관련성을 다루면서 자궁근종을 치료하여 불임증을 치료하거나 수태율을 개선시킨 내용을 다룬 것은 찾아 볼 수 없었다. 그러나 불임증에 대한 한의학 치료 과정에서는 근종과 관련된 환자들도 포함이 되어 있으므로 이에 대한 임상 기준과 효과에 대한 객관적인 자료의 축적이 있어야 할 것이다.

자궁근종과 관련된 임신 시도 환자의 일차적인 권고 임상 기준은 저수태 및 불임증 상태와 자궁근종과의 직접적인 상관성 및 착상 가능성을 모두 고려하여 "6-12개월 이내에 임신이 이루어지지 않았고, 다른 직접적인 불임원인이 확인되지 않았으며, 자궁근종에 의한 자궁내막의 물리적 변형이 없는 환자"로 설정할

수 있을 것이다.

#### 6) 자궁근종 관련 수술이 이루어진 환자에 대한 한의학 임상

자궁적출술 후에 관련된 임상적 문제에 대한 한의학 관련 논문들<sup>27-29)</sup>은 자궁적출술후증후군을 언급하고 있다. 이것은 모든 자궁적출 환자에게 발생하는 것은 아니지만, 수술전 건강상태와 심리 상태, 원인 질병 등에 따라 일부 환자에게 발생할 수 있는 문제가 된다. 이를 포함하여 자궁근종으로 인해 수술적 치료가 이루어진 환자에 대한 한의학 임상도 고려되어야 한다. 이것은 자궁적출술후 증후군의 예방과 치료는 물론, 수술 후의 단순한 보양, 자궁근종절제술 시술 환자에 대해서 미세 자궁근종의 발현을 억제하는 것 등으로 범위를 상정할 수 있다. 그러나 이와 같은 경우에 있어서는 대체로 후향적인 임상 결과의 경험적 누적 한 의사에게 축적되어 있을 뿐 실제적 효과에 대한 전향적인 연구 결과는 발표되지 않았으므로 한방치료가 적용되었을 경우와 그렇지 않은 경우에 대한 삶의 질 비교연구와 자궁근종의 재발현 상태 등을 비교하는 연구가 필요한 실정이다.

#### 4. 자궁근종 한의학 진료지침의 제언

한의학의 자궁근종에 대한 치료 적응증은 양방의 내과적 요법 기준과 크게 다르지 않다. 다만 출혈과 골반통에 대한 1차적 한방치료의 반응 여부를 먼저 살펴 피고 이어서 반응이 나타날 경우 임상증상의 관리를 우선적으로 고려하면서 자궁근종의 성장을 억제 혹은 축소를 도모하는 치료를 적용하게 된다. 즉 한방치료의 강점은 유증상 근종에 대한 약물 및

침구치료를 이용한 일차적 관리 수단이 있을 수 있다는 것이다. 반면 이러한 관리 수단으로 증상이 조절되지 않을 경우에는 양방의 수술적 치료 단계로 전환되며, 수술 후의 보양과 자궁적출술후 증후군의 예방관리로 임상적 방향이 전개될 수 있다.

#### 임상 기준

1) 수술적응증이 아닌 무증상 근종의 기대요법 기간 동안의 한의학 치료

임신 자궁 8주 이하의 근내 혹은 장막하 근종을 중심으로 가임력 보존 등 치료 대상을 결정한다. 3개월 내에 효능이 평가되어야 하며, 부작용이 없을 때, 비용효과와 삶의 질 제고, 건강증진 효과 등 임상적 가치에 따라 6개월 이내의 기간 동안 1차적인 치료와 평가가 완결되도록 함.

2) 수술적응증이 아닌 증상이 있는 근종의 한의학 치료

자궁근종의 위치와 크기, 혈색소 수치를 기준(8mg/dl)으로 수술적응증이 아닌 근종 환자를 치료 대상으로 한다. 출혈과 동통의 해소를 목표로 1개월(1개월경주기) 내에 기본적인 효능이 평가되어야 하며, 비용효과와 삶의 질 제고, 건강증진 효과 등 임상적 가치에 따라 6개월 이내의 기간 동안 1차적인 치료와 평가가 완결되도록 함.

3) 수술적응증인 자궁근종의 한의학 치료

수술전 유지요법 : 비수술적응증 유증상 근종의 기준을 참고하여 1개월(1개월경주기) 내에 기본적 평가를 완료하여, 출혈, 통증, 혈색소 개선 등의 항목을 중

심으로 유의한 결과가 있을 때 수술 직 전까지 유지한다.

자궁근종 제거 수술 후 관리요법 : 자궁근종제거술 후 환자에 대한 적용은 단순 보양과 추후 발생 가능성 억제 요법을 상정할 수 있다. 현재 추후 발생 가능성 억제에 대한 어떠한 연구 결과나 임상보고가 없으므로 단순 보양에 국한하는 것이 현재로서는 바람직할 것으로 보인다.

자궁적출술 후 관리요법 : 심리적 지지와 교육, 술 후 보양요법을 통한 건강증진과 자궁적출술후 증후군의 발생을 예방하도록 한다.

#### 4) 임신을 시도하는 자궁근종 환자의 한의학 치료

저수태상태 혹은 불임증이 자궁근종과 동반되고 다른 명확한 직접적 원인이 없을 때 근종과의 관련을 검토하여 내과적 치료법의 한 형태로 한의학 치료를 적용할 수 있다. 이때 자궁경으로 제거될 수 있는 점막하근종, 자궁내막의 형태를 물리적으로 변형하고 있는 거대근종 및 점막하근종은 일차적인 치료적응증에 포함시키지 않도록 한다. 치료 기간은 3개월 단위로 1-2개 치료일정을 밟는 것을 고려할 수 있다.

### Ⅲ. 考 察

최근 5년 간 양방 산부인과학회 홈페이지에서 검색된 자궁근종 관련 논문은 총 39건으로 수술법, 수술 후의 임신율, 병리인자, 증례 등 비교적 고른 분야의 논문이 검색되었다. 이 가운데 수술법에 관한 논문이 7편을 차지하여 연구의 실제적 중심이 수술법에 있음을 알 수 있

었다. 증례 논문을 제외한 26편 가운데 26.9%를 차지하여 가장 비중 있게 다루어졌다. 불임관련 요인으로서의 자궁근종과 수술 후의 임신율에 관한 논문이 5편을 차지하여 이 역시 불임이 자궁근종절제 수술의 주된 원인이 되고 있음을 유추하게 한다. 내과적 치료에 대한 것은 1편에 불과하였다.

자궁근종에 대한 여러 가지 양방의 치료법들이 임상에서 실제 적용되는 상황과 관련한 근래 연구로는 박정규 등<sup>30)</sup>이 1998년 1월 1일부터 2002년 12월 31일까지 5년간 전북대학교 병원 산부인과에서 치료한 3,259례의 자궁근종 환자의 임상기록지를 분석한 결과를 발표하였다. 이에 따르면 자궁근종환자가 차지하는 비율은 내원 환자의 9.8%를 차지하였고, 환자의 평균 연령은 44.6세였다. 주소증은 동통인 경우가 81.2%로 가장 많았고, 비정상자궁출혈이 53.8%이며, 현기증이 8.3%를 차지하였다. 발생부위는 체부가 95.9%였으며, 조직학적 분류상으로는 근내형이 58.2%로 가장 많았다. 이들에게 적용된 치료법은 수술이 44.7%였고, 추적관찰이 55%이며, 약물치료가 0.8%를 차지하였다고 하였다. 이러한 결과를 볼 때 아직은 수술과 정기적 추적관찰을 통한 기대요법이 자궁근종 치료의 주류를 이루고 있음을 보여주고 있다.

이상과 같은 국내 자궁근종 관련 연구와 임상 환경에서 이를 보완 혹은 대체하는 한의학적 치료법을 이용한 임상이 여러 의료기관과 한의사에 의해 이루어지고 있다. 따라서 근종의 성장억제와 수반증상의 제어, 수태율의 증대 등과 같은 실효성 있는 치료 효과를 검증할 수 있는 방안이 사회적으로 요구된다. 개인적

임상 경험의 축적이 학문과 임상연구의 근거로서 활용되어야 할 것이다. 그럼에도 불구하고 자궁근종에 대한 한방치료와 관련된 논문들은 아직 초보적인 증례 보고에 그치고 있으며, 대규모 임상 경험을 정리한 연구결과는 찾아볼 수 없었다. 시험을 통해 자궁근종을 억제하는 기전을 밝히고자 시도된 국내 발표 실험 논문들은 주로 자궁근종세포의 세포자멸사 유도와 관련된 기전을 밝히는 것이 주류를 이루고 있었다. 전체 10편의 논문 중 8편이 이에 해당되었다. 따라서 단미 한

약 혹은 복합 처방 한약을 위주로 한 자궁근종의 한방 요법은 결과적으로 주로 자궁근종세포의 자멸사를 정상적으로 유도하는 기전에 의한 것으로 인식할 수 있다.

이러한 연구결과들과 유사하거나 심화시킨 저자들의 연구들 가운데 최근 2년간 SCI급의 국제 저널 수재 논문은 모두 6편으로 이들은 모두 반지련과 귀전우의 자궁근종 성장 억제 기전을 심화시킨 것과 근종억제활성 성분을 밝힌 것들이 주류를 이룬다.

표 4. 최근 SCI급 국제 저널에 게재된 저자들의 자궁근종 관련 논문 일람

저자	논문제목	게재잡지	권호
Kim DI, Lee TK, Lim IS, Kim H, Lee YC, Kim CH	Regulation of IGF-I production and proliferation of human leiomyomal smooth muscle cells by <i>Scutellaria barbata</i> D. Don in vitro: isolation of flavonoids of apigenin and luteolin as acting compounds.	Toxicol Appl Pharmacol.	2005 Jun 15; 205(3)
Lee TK, Lee JY, Kim DI, Lee YC, Kim CH.	Differential regulation of protein kinase C activity by modulating factors and <i>Euonymus alatus</i> (Thunb.) Sieb in human myometrial and uterine leiomyomal smooth muscle cells.	Int J Gynecol Cancer.	2005 Mar-Apr; 15(2)
Lee TK, Kim DI, Song YL, Lee YC, Kim HM, Kim CH.	Differential inhibition of <i>Scutellaria barbata</i> D. Don (Lamiaceae) on HCG-promoted proliferation of cultured uterine leiomyomal and myometrial smooth muscle cells.	Immunopharmacol Immunotoxicol.	2004 Aug; 26(3)
Lee TK, Kim DI, Han JY, Kim CH.	Inhibitory effects of <i>Scutellaria barbata</i> D. Don. and <i>Euonymus alatus</i> Sieb. on aromatase activity of human leiomyomal cells.	Immunopharmacol Immunotoxicol.	2004 Aug; 26(3)
Lee TK, Cho HL, Kim DI, Lee YC, Kim CH.	<i>Scutellaria barbata</i> D. Don induces c-fos gene expression in human uterine leiomyomal cells by activating beta2-adrenergic receptors.	Int J Gynecol Cancer.	2004 May-Jun; 14(3)
Lee TK, Lee DK, Kim DI, Lee YC, Chang YC, Kim CH.	Inhibitory effects of <i>Scutellaria barbata</i> D. Don on human uterine leiomyomal smooth muscle cell proliferation through cell cycle analysis.	Int Immunopharmacol.	2004 Mar; 4(3)

이러한 연구들을 볼 때 한의학 치료의 효과는 점차 객관적으로 검증되고 있으나 실제 임상적 결과에 대한 부분은 아직 부족함을 알 수 있다. 그러므로 자궁

근종의 한방 임상에서 문제가 되는 것은 적합한 치료적응군의 설정과 한방 치료에 대한 객관적 효능 검증 및 비용효과적 측면의 수용성 검증일 것이다.



한편, 자궁적출술에 대한 환자의 불안과 한의계를 포함한 사회의 우려에도 불구하고 신체적 측면에서 바라보는 자궁적출술은 비교적 안전하고 수술 후 부작용도 적은 시술로 밝혀지고 있다. 그럼에도 불구하고 자궁적출술에 대한 논란은 두 가지 방향으로 요약할 수 있다. 그 첫째는 수술 결정과정에서 고지와 동의가 적절히 이루어지지 않고 의사 중심으로 이루어지므로 남용의 가능성이 있을 수 있다는 점이다. 둘째는 생활 전반에 미치는 위해는 적지만 수술 후에 어느 정도 부작용이나 후유증이 남을 수 있다는 점이다. 이 경우 수술 전의 질병, 환자의 연령, 수술방식 등에 따라 다양한 편차를 보일 수 있고 환자의 성격적 특성 또한 적잖은 영향을 미칠 수 있다. 대체로 체중증가, 냉증, 하복부무력감, 성기능장애와 기타 비특이적 증상들을 환자들이 호소하게 되는데, 과연 이것이 연령증가에 따른 노화 현상과 중첩된 증상들인지, 수술로 촉발된 것인지 규명하는 대규모 연구를 찾을 수 없다. 또한 이러한 부작용들이 남는다 하더라도 이것이 수술 전의 적응증으로 말미암은 삶의 질 저하나 건강 위해와 비교할 때의 수술이 주는 이점에 대한 가치 평가가 소홀해서도 안될 것이다.

자궁적출술과 한의학의 관계를 단순히 반대적 구조로 설정해서는 곤란할 것이며, 객관적인 수술적응증에 따른 수술에 대해 한의학적 입장을 정하고, 수술 전 환자의 한의학적 평가와 예방적 관리, 수술 후 발생하는 심신증상에 대한 한의학적 치료 및 관리 등에 관한 지침을 제안하고 이를 실천해나갈 필요가 있는 것이다.

또한 과연 외국의 결과들과 자궁에 대한 문화적 함의가 다를 수 있는 한국의 여성들이 자궁적출 후에 생활에 동일한 양상을 보일지에 대한 연구가 병행되어야 할 것으로 보인다.

자궁근종에 대한 한의학 치료의 적합한 적응군은 가임력의 보존이 필요한 여성의 무증상 자궁근종 환자, 수술 적응 단계가 아닌 통증과 출혈이 심한 자궁근종 환자, 수술 적응증에 해당되는 자궁근종이지만 불가피한 사정으로 수술을 미루어야 하는 환자와 수술 직전까지 병행 치료하는 경우로 분류할 수 있다. 또한 수술 후의 보양이나 재발 억제와 관련된 치료들도 고려할 수 있다. 이러한 실제적 적용이나 이론적 고려를 검증하기 위해서는 장기적인 공동 연구가 필요하며, 그 결과 자궁근종의 크기와 개수 변화를 초음파 소견<sup>31)</sup>으로 묘출하고, 자각증상의 개선을 계수화하는 것과 같은 단순 치료 효과와 함께 비용효과적인 측면과 진료 만족도와 같은 질적 요소와 관련된 치료 효과를 아우르는 설득력 있는 자료가 제시되어야 할 것이다. 그리고 궁극적인 자궁적출술 감소 효과와 같은 장기적인 효과에 대한 검토와 관련된 연구가 지속적으로 이루어져야 한다.

또한 임신과 관련된 자궁근종의 경우 근종제거수술 후의 임신을 향상에 대한 비교 결과를 도출할 수 있어야 한다.

기타 부가적인 고려사항으로서는 자궁근종 환자의 치료율과 비용효과를 함께 고려하여 수용성의 향상을 위해 적절한 한약 제형개발과 활용, 장기적 투여에 의한 부작용 여부 등이 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 또한 내과적인 한약 치료에 치중된 한의학 임상에서 부가적인

침치료가 증상의 제어뿐만 아니라 자궁근종 자체의 경과에 어떠한 영향을 미치는지 연구되어야 한다. 그리고 아직 광범위하게 활용되고 있지는 않지만 색전술을 자궁근종 치료에 더 많이 활용할 경우 발열과 동통을 주로 한 색전술후증후군에 대한 한의학 치료의 적용법에 대한 연구 등도 이루어져야 할 것이다.

이상과 같은 한의학계가 안은 과제를 해결하기 위해서는 연구자들의 개인적 임상 경험이 치료 적응증 결정의 근거가 되고 있는 점을 지양하고 학회 나름의 객관적 지침을 설정하여 여러 임상기관의 자료를 취합하여 연구하는 것을 모색할 필요가 있다. 이를 통해 한방병원이나 한의원에 내원하는 자궁근종 환자의 수가 양방에 비해 상대적으로 적어서 생길 수 있는 통계적 한계를 극복하고, 공통된 치료지침에 대한 실효성 있는 결과를 확보할 수 있을 것으로 기대된다.

#### IV. 結 論

자궁근종에 대한 한의학적 치료는 환자가 당면하고 있는 자궁근종과 이로 인한 증상의 양상에 따라 개별화하여 진행되어야 한다. 치료비용과 부작용은 이러한 치료가 지속되지 못하게 하는 중요한 요소가 되므로 일정한 기간동안 치료의 이득과 손해가 객관적으로 평가되며, 그 결과는 즉각적으로 환자에게 설명되고, 치료의 지속과 중단을 결정하는 중요한 근거가 되어야 한다.

임신할 수 있는 능력의 유지를 희망하지 않는 환자와 한의학적 치료를 포함하지 않는 대안적 치료에 대한 적용이 불가능한 것으로 검토가 완료되었으며, 수술에 대한 위험성에 대해서도 충분히 이해된

수술적응증의 자궁근종 환자에게는 자궁적출술이 가장 현실적인 치료법이 된다. 이러한 경우 수술의 만족도는 비교적 높다. 그러나 이러한 경우에도 수술 후 삶의 질과 건강증진을 위한 부가적인 한의학 치료가 고려될 수 있다.

복강경 혹은 개복수술을 통한 자궁근종절제술은 자궁을 보존하고자 하는 여성에게 적용할 수 있는 선택적 수술 치료법이다. 그러나 이를 선택하는 환자는 추가적인 진단과 치료가 필요할 수 있다는 사항에 대해 충분한 설명을 받아야 한다. 이 수술을 시술받은 환자에 대한 추가적인 한의학 치료의 가능성은 상정할 수 있지만 이의 방법론적 사항과 유효성 및 경제성에 대한 검토는 현재 이루어져 있지 않으므로 장기적인 연구가 필요하다.

경자궁경적 자궁근종절제술(Hysteroscopic myomectomy)은 자궁강 내에 존재하는 유증상 근종에 대해 가장 우선적으로 선택할 수 있는 보존적 수술 요법이다. 이에 대해서는 한의학적 치료법보다 더 우선적으로 생각할 수 있다. 이들 환자에 대해서는 수술 후 조리에 대한 한의학적 접근을 하도록 한다.

자궁을 보존하고자 하는 여성에서 자궁동맥색전술(Uterine Arterial Embolization)은 제한적이지만 유용한 대안적 치료가 될 수 있다. 그러나 색전술은 장기적인 효과가 얼마나 되는지, 또한 새로운 근종의 발생을 막을 수 있는지 등에 대해서는 더 많은 연구가 필요하다. 또한 색전술후의 발열과 동통을 위주로 한 색전술후증후군에 대한 한의학 치료와 관련된 연구가 기대된다.

저수태 상태의 여성 및 불임환자 가운

데서 다른 요인이 확인되지 않고 자궁근종으로 인해 자궁내강이 왜곡(distort)된 경우로 제외수정을 받을 경우에는 수술로 근종을 제거하는 적응증이 된다. 만약 자궁내강의 왜곡이 관찰되지 않고 다른 요인이 없으며, 자궁근종이 수술 적응증이 아닌 경우에는 한의학적 치료를 1차적인 求嗣 치료 방법으로 선택할 수 있다.

자궁근종과 연관된 급작스런 하혈이 있을 경우에는 에스트로젠 투여, 자궁경검사(hysteroscopy), 경관확장 및 자궁내막소파(D&C) 등과 같은 보존적 치료법을 적용하게 된다. 이러한 경우 한의학에서는 붕漏의 치료원칙에 근거하여 내과적인 접근을 함과 동시에 백회혈과 단홍혈을 위시한 경혈들을 활용한다. 보존적 치료에 반응하지 않을 경우에는 자궁적출술이 고려된다.

폐경기여성에 대한 호르몬대체요법은 자궁근종의 크기를 증대시킬 수 있지만 임상적 증상을 야기하지는 않는 경우가 대부분이다. 그러나 크기 증대 여부와 무관하게 한의학적 갱년기 관리는 자궁근종과 관련된 호르몬대체요법의 우려에서 자유롭게 할 수 있는 대안이 된다. 자궁근종이 있는 폐경 후 여성의 비정상출혈이나 통증은 자궁근종이 없는 여성의 경우와 같이 임상적 검토가 이루어져야 한다.

무증상 자궁근종 환자의 경우 단지 자궁근종이 악성화될지도 모른다는 염려를 누그러뜨리기 위해 자궁적출수술을 시행할 객관적 근거는 현재 없으며, 이를 치료하는 적절한 치료법 역시 마련되어 있지 않으므로 기대요법 기간 중의 제한적인 한의학 치료는 임신 능력의 보본을

필요로 하는 여성에게 유용한 치료 방법이 될 수 있을 것이므로 이와 관련된 실제적 유효성이 검토되어야 할 것으로 보인다.

□ 투 고 일 : 2006년 04월 26일

□ 심 사 일 : 2006년 05월 01일

□ 심사완료일 : 2006년 05월 09일

## 參考文獻

1. 대한산부인과학회 교과서편찬위원회 婦人科學, 3版, 서울: 도서출판 칼빈서적, 1997;141-161,175-183.
2. Lefebvre G et all. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. 2003 May;25(5):396-418.
3. Garry R. The future of hysterectomy. BJOG. 2005 Feb;112(2):133-9
4. Lee TK et all. Scutellaria barbata D. Don induces c-fos gene expression in human uterine leiomyomal cells by activating beta2-adrenergic receptors. Int J Gynecol Cancer. 2004 May-Jun;14(3).
5. Garry R. Health economics of hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3): 451-65.
6. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3):431-49.
7. Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3): 333-56.
8. Sheth SS. Vaginal hysterectomy. Best

- Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3):307-32.
9. Claerhout F, Deprest J. Laparoscopic hysterectomy for benign diseases. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3):357-75.
  10. 김재덕 등. 불임여성에서 복식 자궁근종절제술 후 임신에 미치는 인자에 관한 연구. 대한산부인과학회지 제 46권 제 3호 2003;568-574.
  11. Dubuisson JB et all. Laparoscopic myomectomy: predicting the risk of conversion to an open procedure. Hum Reprod. 2001 Aug;16(8):1726-31.
  12. Semm & Mettler. 이승렬 외 9인. 골반경하 자궁근종절제술 93례의 임상적 고찰. 대한산부인과학회지 제 47권 제 6호 2004;1107-1112.에서 재인용.
  13. Dubuisson JB et all. Laparoscopic surgery of large uterine fibromas. Operative technique and results. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1995;24(7):705-10.
  14. 오윤상, 오성택. 외래 수술로 가능하게 간편화한 자궁경하 점막하근종절제술에 대한 고찰. 대한산부인과학회지 제 46권 제 3호. 2003;642-646.
  15. 차성순 등. 자궁근종 치료를 위해 양측 자궁동맥색전술을 시행한 1례. 대한산부인과학회지 제 42권 제 7호 1999;1630-1634.
  16. 문혜경 등. 거대 자궁근종 치료를 위해 자궁동맥색전술을 시행한 1례. 대한산부인과학회지 제 45권 제 11호 2002;2087-2092.
  17. Goodwin SC, Wong GC. Uterine artery embolization for uterine fibroids: a radiologist's perspective. Clin Obstet Gynecol. 2001 Jun;44(2):412-24.
  18. Goodwin SC et all. Uterine artery embolization for fibroids: considerations in patient selection and clinical follow-up. Medscape Womens Health. 1999 Oct;4(5):2.
  19. 홍진화 등. 자궁 동맥 색전술을 이용한 자궁근종의 치료. 대한산부회지 제 47권 제 3호 481-486.
  20. Banu NS, Manyonda IT. Alternative medical and surgical options to hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3): 419-30.
  21. 엄윤경, 이인선, 김규곤. 자궁근종을 가진 환자의 증상지표에 관한 임상적 연구. 대한한방부인과학회지 2005; 제 18권 제 2호: 109-122.
  22. Lewis Mehl-Madrona. Complementary medicine treatment of uterine fibroids : a pilot study. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2002;8:2:34-46.
  23. Zhou J, Zhu M, Li YX. Clinical and experimental study on improving cellular immunological function of uterine myoma patients by xiaoliu tablet. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 1997 May;17(5):277-9.
  24. Akase T et al. A comparative study of the usefulness of toki-shakuyakusan and an oral iron preparation in the treatment of hypochromic anemia in cases of uterine myoma. Yakugaku Zasshi. 2003 Sep;123(9):817-24.
  25. Yan H, Wang J. The clinical study on hysterosmyoma treated with acup

- uncture. Zhen Ci Yan Jiu. 1994;19(2): 14-6.
26. Sudik R et all. Fertility and pregnancy outcome after myomectomy in sterility patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996 Apr;65(2):209-14.
  27. 김동일, 윤종원, 이태균. 자궁적출술을 시술받은 환자의 한의학적 관리에 관한 문헌적 연구. 대한한방부인과학회지 1997;10:1:73-92.
  28. 오재성 등. 자궁적출술후 시간경과에 따라 발현되는 증상의 양상에 대한 고찰. 대한한방부인과 학회지 2002;15: 3:97-106.
  29. 장경호 등. SF-36을 이용한 자궁적출술을 시행한 여성의 건강상태 평가. 대한한방부인과학회지 2004;17;4:217 - 225.
  30. 박정규 등. 자궁근종에 관한 임상통계학적 연구. 대한산부인과학회지 2005;48:2호:436-445.
  31. Cosgrove DO, Fukuda M. Abdominal Ultrasound: A Basic Textbook. Baltimore, MD:Lippincott Williams and Wilkins;2000. Lewis Mehl-Madrona. Complementary medicine treatment of uterine fibroids : a pilot study. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2002;8:2:34-46.에서 재인용.