

비수유기 유선염 및 유방농양 환자 증례 보고

*원광대학교 한의과대학 부인과학교실, **영상의학과
최창민*, 이종덕**, 유성원*

ABSTRACT

A case series on nonpuerperal mastitis and breast abscess

Chang-Min Choi*, Jong-Deok Lee**, Sung-Won Ryu*

*Dept. of Gynecology, College of Oriental Medicine,

**Dept. of Diagnostic Radiology, Won-Kwang university

Inflammatory conditions of the breast are uncommon and may be encountered in the puerperal and nonpuerperal setting. Nonpuerperal mastitis is less common and usually presents with inflammation and chronic abscess formation in the periareolar and peripheral region. These abscess have a high rate of recurrence and are often associated with an underlying disease state, such as diabetes, steroid treatment, trauma or other kinds of a deficient immune system. The diagnosis is suggested by the history of sudden onset and the presence of swelling, tenderness, heat, erythema, and in the case of abscess, fluctuation. Ultrasound can also be useful.

Treatment consists of antibiotic administration or incision and drainage of the abscess and, in cases of retroareolar abscess, resection of entire underlying duct system.

Recently, we have gotten good result from treating two cases of nonpuerperal mastitis and breast abscess which had treatment of antibiotics and drainage three times but recurred. After taking *gamijipaesan*(加味芷貝散) and acupuncture treatment, they have recovered and haven't recurred in 8 months. So it proves that herb medication and acupuncture are effective on nonpuerperal chronic mastitis and breast abscess.

Key words : nonpuerperal mastitis, breast abscess, *gamijipaesan*

I. 緒 論

유방의 화농성 병변은 산욕기 또는 수유기의 유선염 후에 생기는 산욕기 농양(puerperal breast abscess)과 수유와는 관계없이 발생하는 비산욕기 농양(nonpuerperal breast abscess)으로 나누어 볼 수 있다. 최근에 산욕기 농양은 이미 유선염의 단계에서 치료가 비교적 신속하게 이루어지므로써 그 빈도가 현저히 감소하여 전체 농양의 10% 이하이다¹⁾.

비수유기의 유선염 및 유방농양은 발생부위에 따라 유륜하 농양(central or subareolar breast abscess)과 말초성 농양(peripeherial breast abscess)로 분류할 수 있다. 말초성 농양은 타 부위에 생기는 농양과 유사하여 대개는 반복적인 절개배농술로 치료한다. 유륜하 농양은 유륜주위 발적, 동통, 경화, fluctuance, 유두분비등의 증상이 있으며 임상경과는 간헐적, 만성적이어서 간혹 수년간 지속되기도 한다¹⁾. 양방 치료는 단순 절개배농은 재발을 높아서 유관 및 유관주위 병변조직을 모두 제거하는 환부의 전절제로 완치된다²⁾.

한의학에서는 유방의 염증성 병변을 吹乳, 妬乳, 乳癰, 乳疽, 乳發, 乳癆 등으로 문헌에 표현하고 있다³⁾. 임상에서는 이 염증성 증상들을 잘 감별해서 치료해야 한다. 이 중에서 乳癰은 유방의 紅腫熱痛과 全身의 惡寒發熱 등을 수반하는 유선조직의 化膿性 질환이다. 유옹은 발병시기와 원인에 따라 內吹乳癰, 外吹乳癰, 그리고 非授乳期 乳癰으로 분류할 수 있다⁴⁾.

현재 乳癰에 관해서는 문헌연구와 관련 처방에 대한 실험적 논문 등이 나와

있지만⁵⁻⁹⁾ 아직까지 비수유기 乳癰에 관한 임상보고는 없는 실정이다. 이에 본 저자는 비수유기 여성으로 화농성 유선염을 진단받고 절개배농술을 받았지만 재발되면서 만성화된 환자를 鍼治療와 加味芷貝散加減으로 치료하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證 例

Case 1

1. 최○○ (female, 21세)
2. C/C : 兩側 乳房 發赤 腫痛 化膿
3. O/S : 2004년 9월
4. PH : 허약 체질로 평소 잦은 감기 등 잔병치레, 바이러스성 뇌척수염(5세). 충수돌기 절제술(2002년)
5. PI : 167.5cm 46kg의 마른 체격의 대입수험생. 입시준비중 피로와 스트레스 심하던 중 2004년 9월 상기 C/C 발생하여 근처 양방병원 방문하여 乳腺炎 진단 후 항생제 치료 하던 중 化膿되어 切開排膿 3회 실시하였으나 지속적으로 반복 발생하여 본격적 한방치료 위해 2005년 2월 19일 본원 외래 방문
6. 월경력 : 期(45일), 量色質 帶下는 모두 정상
7. 四診所見
 食事 消化 : 良好 或 食滯
 睡眠 : 良好
 大小便 : 良好
 寒熱 : 正常
 汗 : 良好
 鼻 : 鼻炎
 舌 : 紅 苔黃
 脈 : 細無力

8. 治療經過

일시	증상	치료내용	기타
2/10	兩乳房 發赤 疼痛 左乳房 化膿	加味芷貝散加減* ATx***	+山查神曲麥芽薏苡仁
2/25	右乳房 痛減 左乳上部 化膿, 痛甚	加味芷貝散加減 ATx	+靑皮麥芽
3/11	약 복용시 痛減 중단시 痛甚	加味芷貝散加減	+乳香 沒藥
4/01	右乳下部 發赤, 皮薄 左乳上部 膿排出	加味芷貝散加減 ATx	
4/25	左乳 痛甚, 化膿面 增大, 身熱感,	加味芷貝散加減 蓮翹敗毒散 ATx	시험기간에 과로, 感冒
5/20	右乳 全體的 痛症 左乳上部 發赤 皮薄 痛甚 액와부까지 痛症, 身熱感	加味芷貝散加減	消化不良, 無味, 飲酒
6/03	右乳 癢痒感 左乳上部 潰後出膿, 下部 가벼운 痛症	加味芷貝散加減 ATx	全身狀態 良好
6/30	右乳 간혹 刺痛(쑤심) 左乳 약간 熱感	加味芷貝散加減	暑月 發汗多
7/28	好轉되던 중 과로후 통증	十宣散加味**	乳頭 分泌物
8/30	右乳 정상으로 회복됨 左乳 약간 發赤, 痛症	十宣散加味	
10/5	외부 증상 모두 호전됨 유방에 약간 硬結感 남음		전화추적

*加味芷貝散加減: 白芷 貝母 8g, 金銀花 6g, 天花粉 皂角刺 穿山甲 當歸尾 瓜蒌仁 甘草4g, 蒲公英, 連翹 6g

**十宣散加味: 黃芪 6g, 人蔘 當歸 厚朴 桔梗 川芎 防風 白芷 甘草 4g, 肉桂 2g, 白芍藥 貝母 瓜蒌仁 靑皮 4g, 金銀花 6g

***ATx: 合谷, 足三里, 膺窓, 乳根, 患部穴

사진 Fig. 1. 2. 3

Case 2

1. 이○○ (female, 27세)
2. C/C: 左側 乳房 發赤 腫痛, 潰破
3. O/S: 2005년 3월
4. PH: 특이사항 없음
5. PI: 161cm 75.8kg의 비성한 체격의 미혼여성. 2005년 3월 취직후 과로 및

- 스트레스 심하던 중 상기 C/C발생. 근처 양방병원 방문하여 유선염 진단후 항생제치료 및 배농 3회 시술 받음. 증상 반복 발생하자 래원 1달전부터 자가 치료하다 호전 안되어 2005년 6월 8일 본원 래원
6. 月經歷: 正常

7. 四診所見 :
 食事 消化 : 良好
 睡眠 : 良好
 大小便 : 良好

汗 : 多
 寒熱 : 正常
 舌 : 淡紅
 脈 : 沈緩

8. 치료경과

일시	증상	치료내용	기타
6/11	左乳房 發赤 腫痛 潰爛	加味 芷貝散 加減, ATx,	+黃芪榆根白皮
6/28	硬結 減少, 發赤 好轉	加味 芷貝散 加減, ATx,	咽喉炎, 軟便
7/7	두 곳 潰破후 出膿, 疼痛減少	加味 芷貝散 加減, ATx,	
7/21	간헐적 乳頭주위 疼痛, 潰破부위 치유	加味 芷貝散 加減, ATx,	
8/9	化膿부위 호전됨, 腫塊感남음		

사진 Fig. 4, 5.

Ⅲ. 考 察

유선염 및 유방농양은 과거에 비해 발병이 줄어들고 있지만 여성의 유방의 양성 질환별 발생빈도에서 섬유선종(fibroadenoma)과 섬유낭종성 질환(fibrocystic disease)에 이어 세 번째로 빈발하는 질환으로써^{10,11)}, 간혹 신생아에서도 볼수 있지만 18-50세의 여성에서 흔히 발생하는 유방의 염증성 질환이다¹²⁾. 가임 연령에서 유선염은 수유기 감염과 비수유기 감염으로 나눌 수 있다. 감염은 일차적으로 유방을 덮고 있는 피부 자체에서 일어날 수 있고, 피지낭종과 같은 피부병변이나 화농성 한선염과 같은 피하구조물의 병변에 이차적으로 발생할 수도 있다¹²⁾.

산욕기 및 수유기의 유방에 발생하는 봉와직염(cellulitis)을 흔히 유선염이

라고 하며 이는 병원감염의 일종인 유행성 유선염과 수유기간 중에 산발적으로 발생하는 산발성 유선염으로 구분된다¹⁾. 산모 및 신생아의 위생개선과 조항생제의 사용으로 유행성 유선염 및 농양 발생의 빈도는 현저히 감소되었다. 산발성 유선염 중에서 흔히 젖몸살로 불리는 울체성 유선염은 수유 시작후 6주 이내에 흔하며, 발적, 발열, 동통, 부종 및 압통의 증상을 일으킨다. 수유중지는 필요치 않고 유즙의 배출이 치료에 도움이 되며 대부분 항생제 등으로 치료된다. 유두의 균열이나 찰과상의 병력이 있으며 황색포도상구균이나 연쇄상구균도 간혹 검출된다. 유선염에서 약 10%는 농양을 형성하는 화농성 유선염(supprative mastitis)이나 유방농양(breast abscess)으로 진행하고 증상은 매우 심해진다. 아급성 혹은 만성으로

될 수도 있으며 경결감이나 통증을 수반할 수도 있고 증상이 없을 수도 있다. 이때는 파동성으로 진단을 할 수가 있으며 유방 초음파검사가 도움이 된다. 일단 농양이 발생되면 반복적인 흡인이나 절개 배농으로 치료해야 한다^{1,12,13}.

비수유기의 유선염 및 유방농양은 재발율이 높고 치료가 어려운 중심성 또는 유통하 농양(central or subareolar breast abscess)과 당뇨나 스테로이드 사용, 저항력이 감소된 상태에서 발생하기 쉬운 말초성 농양(peripheral breast abscess)으로 분류할 수 있다^{1,12}. 말초성 농양은 유방의 말초조직에 생기며 타 부위에 발생하는 농양과 유사하여 대개는 반복적인 절개배농술로 치료된다. 유통하 농양은 중앙부 유통 주위에 생기고 만성 경과를 보이며 재발이 높은 난치성 질환이다. 정확한 원인은 아직 밝혀지지 않고 있지만 편평상피화에 의한 유관의 폐쇄 등이 원인으로 생각되고 유관확장증(mammary duct ectasia)이나 관주위 유선염(periductal mastitis)이 위험인자로 생각된다. 원인균으로 포도상구균, 알파용혈성 연쇄상구균, 혐기성균 등이 관찰되었고 유통주위 발적, 동통, 경화, 파동감, 유두분비 등의 증상이 있으며 임상경과는 간헐적, 만성적이어서 간혹 수년간 지속되기도 한다. 진단은 병력과 임상증상 및 초음파 검사로 가능하며, 치료시 단순 절개배농은 재발율이 높으므로 유관 및 유관주위 조직을 제거하는 유통하 유관절제술이나 유두 전 절제술 후 유두성형술 등 환부의 전 절제술이 적용된다^{2,14,15}.

한편 유방의 피부와 관련된 감염은 봉와직염이나 농양으로 나타날 수 있는

데 흔히 유방의 하반부에서 발생한다. 이 감염은 비위생적이거나 비만하고 유방이 큰 여성에서 호발하며 황색포도상구균이 가장 흔한 원인균이며 간혹 진균에 의해서도 발생한다. 급성 세균감염의 치료는 항생제와 농양의 배농이나 흡인이며 반복적 감염이 생기는 여성은 체중감소를 유도하고 병변 부위의 청결과 건조상태를 유지하도록 한다¹².

한의학에서 유방의 염증성 질환을 乳癰을 비롯하여 乳疽, 乳發, 乳癰, 乳癆라 하며 이에 해당하는 양방 질환으로는 유선염, 유방농양, 관주위유선염, 유관확장증, 몬도씨병, 염증성유방암 등이 있다³. 임상에서는 이 염증성 병변들을 잘 감별해서 치료해야 한다. 특히 염증성유방암은 임상증상이 유방염과 매우 비슷하게 나타나지만 항생제와 소염제 등으로 염증이 잘 낫지 않으면서 병세가 급격하게 진행되므로 특히 유의해야 한다. 乳癰은 유선조직의 급성 화농성질환으로 유방의 紅腫熱痛과 全身의 惡寒發熱 등을 수반하며서 쉽게 消散되기도 하고 쉽게 潰瘍되기도 한다³.

乳癰은 발생시기 및 병인 등에 따라 세 가지로 분류된다. 산후의 수유기에 乳汁의 蓄積 및 細菌感染으로 인해 발생하는 '外吹乳癰', 임신중 胎氣가 旺盛하여 上衝해서 발생하는 '內吹乳癰' 그리고 임신과 출산에 관계없이 발생하는 '非授乳期 乳癰'이 있다^{4,16}.

비수유기 乳癰은 임신이나 산후와는 관계없이 남녀노소 모두에서 발생될 수 있는 유방염으로 일명 '不乳兒乳癰'이라고도 한다³. 《瘍醫大全》에는 "不乳兒婦人患乳 名曰 害乾奶子". "寡婦並無兒女吮乳而 乳房或腫焮痛者 此爲席風呵奶

當同乾奶治法”라 하여 수유를 하지 않는 부인에게서 생기거나, 때로는 유즙분비가 되지 않는 빈 유방을 아이들에게 물림으로써 발생할 수도 있어 이를 ‘乾奶子’라 하기도 한다¹⁷⁾. 《丹溪心法》에 “又有內未懷胎 外無哺乳 而生腫痛者 係皮肉爲患 未傷乳房 此肝胃濕熱凝結也”라 하여 비수유기 乳癰은 肝鬱胃熱의 결합이나 火毒時疫의 감염 등으로 발생한다고 하였다. 즉 邪毒에 해당하는 연쇄상구균이나 포도상구균 등의 세균이 지방이나 섬유조직에 침범하여 화농성 유선염이나 봉와조직염을 일으키고, 지속적인 정서 자극에 의한 肝經鬱滯와 飲食不節에 따른 陽明積熱은 乳絡을 壅塞시키고 熱을 盛하게 하여 肌肉을 腐蝕하게 하는 ‘熱盛則肉腐 肉腐則成膿’하는 병리상황을 초래한다³⁾.

乳癰의 임상증상은 일반적인 癰症과 마찬가지로 3期를 경과하게 된다. 初期에는 유방의 전체 또는 국소가 紅腫熱痛하면서 주위 경계가 일정하지 않은 단단한 腫塊가 생기고 압통도 심하여 拒按하며, 전신증상으로 惡寒發熱 頭痛 등이 수반된다. 발병 4-5일에 소산되지 못하면 成膿期로서 종괴부에 화농이 시작되면서 점차 증대하고 壯熱, 寒戰이 지속되며 통증이 심해지고 피부는 發赤灼熱하고 환측의 액와임파절도 腫脹疼痛하게 된다. 발병 10여일 후에는 腫脹部에 膿腫이 형성되면서 중앙부위가 점차 유연해지고 파동감이 있게 된다. 潰後期에는 成膿된 곳이 表淺部일 때는 乳頭나 潰破된 피부로 膿液이 배출되면서 熱退, 腫消, 痛滅하고 점차 호전되는 과정을 갖는다. 그러나 深部에 膿腫이 형성된 경우는 潰破가 지연되면서 더욱

안쪽으로 확산되어 봉와조직염, 유방부 괴저나 유방후위농종을 형성할 수 있다. 그리고 潰瘍된 후의 부적절한 처리는 여러 개의 膿腫이 속발되는 다발성유방농종으로 발전되거나 혹은 더 큰 유선도관을 침범함으로써 화농성 루관(乳癰) 등이 병발되기도 한다³⁾.

治療에 있어서 乳癰은 일반적인 癰症과 같이 각 病程에 따른 치료를 해야 한다. 즉 乳癰 초기라도 임신중에는 安胎를, 산후에는 通乳를, 그리고 비수유기에는 消散하는 것을 위주로 한다. 비수유기 유옹에 관한 변증시치는 初期에는 瓜蒌牛蒡湯 등으로 疏肝清胃·清熱和營하며, 成膿期에는 透膿散·仙方活命飲 등으로 清熱解毒 托裏透膿하며, 潰後期에는 四妙湯 등으로 扶正托裏排膿하며 氣血虛弱시 八珍湯 등으로 補益氣血하는 것이 일반적인 치료방법이다^{3,18)}.

한편 東醫寶鑑의 乳癰治法에서도 靑皮(疎厥陰之滯), 石膏(清陽明之熱), 生甘草節(行汚濁之血), 瓜蒌子(消腫導毒)의 약물이 사용되고, 또한 “乳癰 未潰以靑皮·瓜蒌·橘葉·連翹·川芎·桃仁·皂角刺·甘草節 已潰以人參·黃芪·川芎·當歸·白芍藥·靑皮·連翹·瓜蒌仁·甘草節.”라 하여 병정에 따른 약물 활용을 제시하고 있다. 처방에 있어서도 “未潰者 神效瓜蒌散·內托升麻湯 已潰者 內托十宣散·八物湯”, “乳癰作痛 乃血氣凝滯不散也. 宜加味芷貝散”이라 하여 역시 병정에 따른 처방을 제시하고 있다¹⁹⁾.

증례1의 환자는 167.5cm/46kg의 마른 체형의 21세 여학생으로 어릴 때부터 허약 체질로 잦은 잔병치레를 하였고 5세 무렵 바이러스성 뇌척수염을 앓

았으며 2002년에 중수절제술을 받은 과거력이 있었다. 월경주기가 45일 정도로 길며 脈細無力하여 氣血이 虛한 상태이었다. 1년 전부터 대학입시를 준비하면서 스트레스와 체력저하가 심한 상태에서 6개월 전부터 갑자기 양측 유방에 유선염이 발병했다. 처음에는 항생제 치료하였으나 완치되지 않고 재발하여 증상이 심해지고 화농되어 3회의 절개배농술을 시행하였고 더불어 염증성 유방암이 의심되어 검사하였으나 암은 아니라고 진단받았다. 6개월 동안의 양방 치료로 호전되지 않자 2005년 2월 19일 한방치료 원해 본원에 래원하였다.

초진시 양측 유방의 유륜주위와 유방하부에는 배농의 흔적이 있고 좌측 유방에 화농과 국소열감 발적 동통이 심하여 加味芫貝散加減을 10일분 처방하여 경과를 관찰하기로 하였다.

치료 중 우측의 통증은 감소하였고 좌측의 화농과 발적은 약간 호전되며 통증은 한약 복용시는 감소하나 중지하면 통증이 다시 나타났다. 이후 환자가 타지역으로 진학하여서 2주 혹은 1달에 한번씩 래원하였으며 그 사이에 일주일마다 전화상으로 상태 확인하였다. 처방은 加味芫貝散加減을 7일분 단위로 투약하였다. 鍼은 래원시마다 환부를 소독한 후 환부 주위와 合谷·足三里를 취하였다. 2005년 4월 25일까지 두 달간 투약 중 좌측은 排膿되기 시작하였고 증상도 호전되었으나 우측 하부가 약간 발적된 상태에서 시험기간에 무리한 뒤 좌측이 통증과 화농이 다시 심해지고 열감도 생기고 감기에 이환되었다. 이후 지속적으로 동일하게 투약하였다. 2005년 6월초부터는 배농되고 상처도 치유

되었으며 약간의 刺痛만이 있었다. 이후 유방의 상태가 호전되고 있어서 7월 28일경부터 補氣血하기위해서 十宣散加味 10일분 처방하였다. 이후 2005년 10월과 2006년 4월 전화추적한 결과 치유된 후 현재까지 재발하지 않았다고 한다.

이 환자는 평소 氣血이 허약한 상태에서 乳癰의 初期 증상이 나타나 加味芫貝散에 清熱解毒 消癰散結하는 蒲公英·連翹를 가미하였으나 病程이 오래되었고 正氣가 虛한 상태이므로 치유기간이 오래 걸렸다. 그리고 초기 상태가 호전되어 內托을 위해 止痛排膿生肌하는 十宣散에 白芍藥·貝母·瓜蒌仁·青皮·金銀花를 加味하여 散結消腫·排膿·消炎止痛의 효과를 지속시켰다.

증례2의 환자는 161cm/75.8kg의 肥盛한 체격의 27세 미혼 여성으로 평소 특이한 질환없이 건강한 편이었으나 2005년 3월 취직후 업무과다와 스트레스를 심하게 받던 중 좌측 유방이 紅腫熱痛하여 인근 양방병원 방문후 유선염으로 진단받고 항생제 치료받았으나 乳房膿瘍이 형성되어 두 달사이 배농술 3회 받았으나 炎症과 化膿이 반복되어 한 달 전부터 민간요법에 의지하였고 好轉이 없자 한방치료 원해 2005년 6월 8일 본원에 래원하였다. 초진시 좌측 유방이 發赤 腫痛하고 유방 상부 한 곳이 潰破되어 있었다. 加味芫貝散加減에 補氣 托毒排膿하는 黃芪와 消腫解毒하는 榆根白皮를 加味하여 2주분 처방하고 1주일에 1-2회 래원하여 合谷·足三里, 患處에 刺鍼하였다. 치료한지 한 달 사이에 發赤과 硬結 疼痛 호전되었고 7월 7일 潰破된 유방상부의 瘡口는 收斂되었고 다른 두 곳은 潰破되어 排膿되었

다. 2주 후 간헐적 동통감있고 상처는 모두 치유되었다. 2005년 8월과 2006년 4월 추적검사상 완치후 재발은 없었다.

이 환자는 본래 체격이 건강하고 평소에도 별다른 질환이 없는 氣血俱實한 여성이지만 스트레스와 단기간의 과로로 인해서 저항력이 약해진 상황에서 유방에 감염성 질병에 이환되어 염증과 화농이 반복되므로 加味芷貝散加減을 투약하였다. 이후 환자는 氣血이 實하므로 補益藥類는 처방하지 않았다.

이상의 증례들을 종합해 볼 때, 膿腫이 潰破되어 排膿된 다음에도 膿液이 완전히 제거되지 못해서 남은 邪毒이 안에 쌓여서 다른 乳絡 및 乳管으로 침범하면 원발 病巢와 인접된 곳에서 새로운 膿腫이 형성되면서 紅腫熱痛 등이 지속하고 앞서 겪었던 乳癰症을 반복한다. 이는 항생제의 남용으로 급성기 염증은 없어졌으나 만성으로 진전되어 오랫동안 膿腫이 消散되지 못하고 邪熱이 蘊蒸함으로써 반복적인 감염이 재발하는 것으로 볼 수 있다³⁾.

증례에 사용한 加味芷貝散加減은 본원에서 乳癰에 활용하는 처방으로써, 加味芷貝散은 萬病回春에 처방명은 없이 약물만 처음 기재되고 처방명은 동의보감에서 처음 나온다. 약물구성은 白芷·貝母·天花粉·金銀花·皂角刺·穿山甲·當歸尾·瓜蒌仁·甘草節로 되어 “乳癰腫硬作痛”을 치료한다¹⁹⁾. 加味芷貝散加減은 여기에 蒲公英·連翹를 가미하여 消炎鎮痛 解熱抗菌작용을 증가시킨 처방이다^{9,19-21)}. 한편 穿山甲은 희귀동물에 속해서 사용이 제한되는 약물로써 본 처방에서 사용하지 않았다. 그리

고 東醫寶鑑의 癰疽內托法에나온 十宣散은 人參·黃芪·當歸·厚朴·桔梗·肉桂·川芎·防風·白芷·甘草로 구성되어 “治一切癰疽瘡癤 已成者速潰 未成者速散 敗膿自出 惡肉自去 止痛排膿生肌 其效如神”의 효능을 갖는 처방이다. 따라서 癰疽의 急性期 이후에 활용할 수 있는 처방이라고 할 수 있다.

그리고 鍼治療는 膺窓, 乳根 등 患處穴과 通調經絡·調和氣血의 효능으로 乳癰症에 止痛하는 足三里와 發表解熱·通經活絡·鎮痛安神하는 手陽明經의 原穴인 合谷을 취하였다^{19,22)}.

이상의 증례들은 비수유기 유선염 및 유방농양에 이환되어 항생제, 소염제 등의 약물과 절개배농술을 이용한 양방 치료를 하였으나 호전되지 않고 병정이 장기화된 경우에 韓藥과 鍼治療를 하여 호전된 경우이다. 본원에서 직접 환부의 초음파 및 조직 검사 소견이 시행되지 않은 것과 증례 수가 충분하지 못한 것이 부족한 점이지만 향후 만성 경과를 보인 비수유기 유선염 및 유방농양을 치료하는데 유용한 임상 기초자료가 될 수 있을 것으로 기대한다.

IV. 結 論

만성 경과를 보인 비수유기 유선염 및 유방농양에 이환된 환자에게 加味芷貝散과 十宣散을 加味하여 투약하고 足三里·合谷의 遠位穴과 膺窓·乳根의 患處穴에 鍼治療를 하여 유효한 결과를 얻었으며, 8개월이 지난 후 현재까지 추적검사상 재발이나 이상징후를 보이지 않았다.

- 투 고 일 : 2006년 04월 27일
- 심 사 일 : 2006년 05월 01일
- 심사완료일 : 2006년 05월 09일

參考文獻

1. 한국유방암학회. 유방학. 서울: 일조각, 1999;18-50.
2. 김병구 등. 유륜하농양의 임상 및 병리학적 특성에 관한 고찰. 대한외과학회지.1993;44(6):969-980.
3. 裴鐘局. 한방유방학. 서울: 정담, 2005; 153-202.
4. 韓醫婦人科學 教材編纂委員會. 韓醫婦人科學(下). 서울: 정담, 2001;443-446.
5. 김정숙 등. 乳癰에 활용되는 加減流氣飲에 대한 실험적 연구. 대한한방부인과학회지.1995;8(1):115-130.
6. 장성환, 김윤상, 임은미. 乳腺炎의 韓方 外治法에 대한 문헌 고찰. 대한한방부인과학회지. 2002;15(3):107-122.
7. 김의일, 유동열. 乳房疾患의 治方에 대한 문헌적 고찰. 대전대 한의학연구소 논문집. 2004;13(1):129-146.
8. 권일혜, 정진홍. 乳房疾患에 관한 鍼灸治療와 外治法에 대한 문헌적 고찰. 대전대 한의학연구소 논문집. 2001;10(1):67-78.
9. 이한철. 加味芷貝散이 실험동물의 鎮痛, 消炎, 解熱 및 抗菌에 미치는 영향. 원광대학교석사학위논문. 1988.
10. 김옥영. 여성 유방질환의 임상통계학적 고찰. 한국생활과학연구원논총.1989;14:91-97.
11. 노동영 등. 양성유방질환의 임상적 역학적 연구. 대한외과학회지.1993;44(6):797-808.
12. 정상설. 핵심유방학개론. 서울: 고려의학, 1998;14-17.
13. Cunningham FG et al. Williams obstetrics 22nd ed. Stamford, Conn. :Appleton & Lange. 2005;703-704.
14. 최경태, 이남혁, 김상윤. 관주위 유방염의 치료. 대한외과학회지. 1998;54(6):833-841.
15. 황성수 등. 비수유성 유방농양의 초음파 소견. 대한방사선의학회지. 1995;32(4):673-676.
16. 羅元愷.中醫婦科學. 北京: 人民衛生出版社, 1988;313-341.
17. 顧世澄.瘍醫大全. 北京:中國中醫藥出版社,1994;400-405.
18. 譚新華 陸德銘. 中醫外科學. 北京: 人民衛生出版社, 1999;235-282.
19. 원진희. 정교 동의보감.서울: 한미의학,2001;382-387, 862-897.
20. 辛民敎. 原色臨床本草學, 서울: 永林社, 1989;321-324, 563, 638.
21. 윤용갑. 동의방제와 처방해설. 서울. 의성당, 1998;601,602.
22. 全國韓醫科大學針灸經穴學教室. 鍼灸學, 서울: 集文堂, 1991;67, 174, 323, 364, 382, 1237-1239.



Fig. 1. Case 1(05. 2. 11)

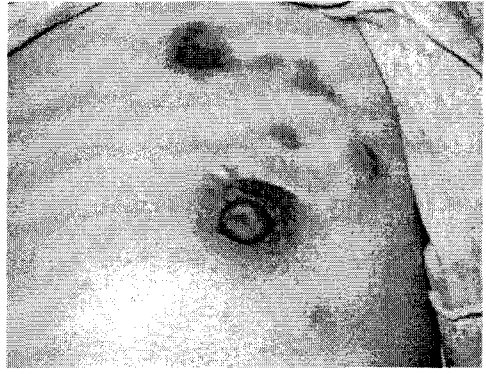


Fig. 2. Case 1(05. 7. 8)

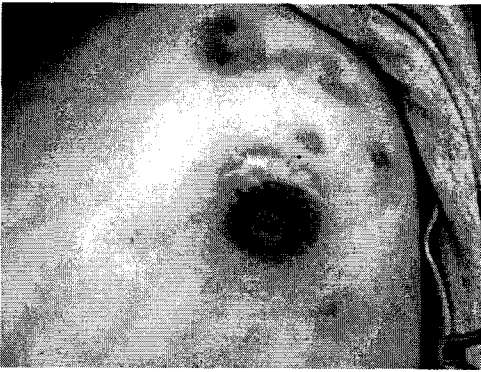


Fig. 3. Case 1(05. 8.30)

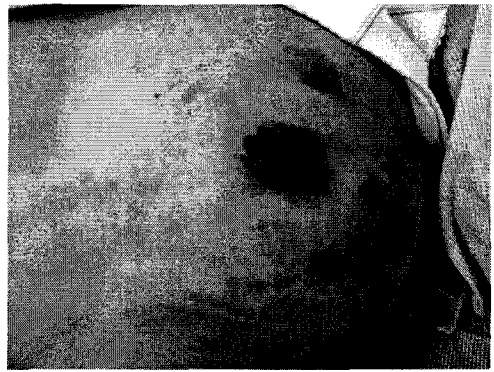


Fig. 4. Case 2(05. 6. 11)

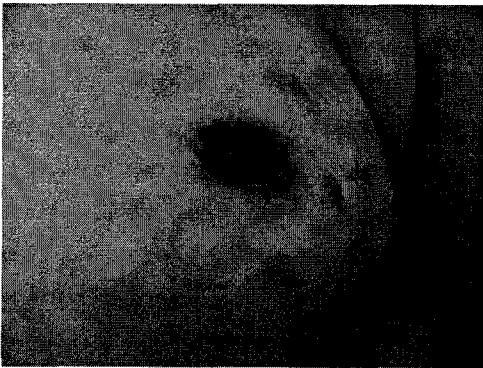


Fig. 5. Case 2(05. 9. 10)