

출혈성 황체 낭종 치험례

동신대학교 한의과대학 부인과학교실
박경미

ABSTRACT

A clinical Study on 2 Cases of Hemorrhagic Corpus Luteal Cyst

Kyung-Mi Park

Dept. of Oriental Gynecology, College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

Objectives: The purpose of this study is to report the effects of herbal medicine on corpus luteum and luteal hemorrhage. Ovulation is a physical event and hemorrhage from corpus luteum is known to occur in reproductive age group women. Life threatening hemorrhage requires surgical intervention and blood transfusion.

Methods: The patients of this study are 34-year-old and 16-year-old females. They were diagnosed as the hemorrhagic corpus luteal cyst. Two patients was advised to be operated because of rupture possibility. They were treated by traditional Korean Medicine, herbal medicine (*Bokryungdosu-tang*), acupuncture and moxibustion.

Results: After the treatment, the patients recovered their condition. One patient was diagnosed with disappearance of existing corpus luteum, the other was relieved of heavy abdominal pain, vaginal discharge and lumbago.

Conclusions: Thess cases show that traditional Korean treatment might be effective on corpus luteum and luteal hemorrhage.

Key Words: Ovarian Cyst, Corpus Luteum Cyst, Hemorrhagic Corpus Luteal Cyst, Korean Medical Treatment

I. 서 론

난소는 태생기 때 발생한 40여 만 개의 원시난포(primordial follicle)로 구성되어 있다. 태생기 때의 난소는 태어나고 사춘기 때까지 변화 없이 있다가 사춘기가 되면서 생식호르몬의 영향으로 일차난포(primary follicle)로 변화한다. 한 번의 생리주기 동안 일단의 원시난포들이 일차난포로 변화한다¹⁾. 이 난포가 성장하다 마지막으로 난포액의 급작스런 팽창으로 인해 난자가 배출되는데 이를 배란이라 한다. 이러한 과정은 다발성이고 복잡한데, 난세포의 물리적 방출은 난포내 프로스타글란딘 합성이 배란 직전 급증하는 것과 연관하다²⁾.

배란은 생식능력이 있는 여성에 있어 매달 발생하는 생리적 현상으로 황체 낭종이란 배란후의 난포 낭종으로써 배란 시에는 mittelschmerz 라고 명명되는 골반통이 다양한 정도와 형태로 동반되며, 소량의 출혈이 황체 낭종 내부나 외부의 복강에서 발생할 수 있다. 이때의 출혈은 일반적으로는 그 양이 미미하고, 저절로 멈추기 때문에 임상적으로 큰 문제가 되지 않는으나, 예외적으로 응급을 요하는 복강내 출혈로 발전하기도 한다¹⁾.

출혈성 황체 낭종은 부인과 영역에서 골반 초음파를 시행하다보면 종종 만나게 된다. 출혈성 황체 낭종은 여성 골반 초음파에 있어 다른 부속기 종양과 혼동될 수 있는 수많은 영상을 가지기 때문에, 이 복잡한 낭종성 부속기 종양은 특징적인 영상이 아닌 경우 난소종양을 포함한 여러 가지 다른 질환으로 진단되어진다³⁾. 출혈성 황체 낭종의 정확한 진단

은 질 초음파 유도하에서 특징적인 영상 결과물과 임상적 증상이 일치하는 경우 내려질 수 있다. 출혈성 황체 낭종은 초음파상 특징적인 균일한 저등급 에코를 가지는 낭종으로 보이며 벽이 미만성으로 두껍고, 색 도플러 초음파상 혈류가 벽을 따라 증가된 소견을 보인다. 때때로 황체 낭종의 벽에 파열이 있는 경우, 출혈의 양이 과도하여 심한 복부동통, 저혈압, 빈맥 등의 증상이 있어서 응급수술이 필요한 경우가 종종 있다^{4,5)}. 따라서, 이를 방지하기 위하여 양방에서는 수술을 권하는 경우가 일반적이나, 수술적 치료는 이 질환의 대부분이 35세 이하의 젊은 여성에게 발생한다는 면에서 바람직하지 못하므로, 수태력(fertility)을 높이고 삶의 질을 보존하기 위해²⁾ 한방치료를 적극적으로 고려해볼 필요가 있다.

본 증례보고에서는 출혈성 황체 낭종 진단 후 수술을 권유받고 받고 내원한 두 명의 여성에게 茯苓導水湯 투여와 침구치료를 한 결과 임상적으로 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 증 례

<환자 1>

1. 환자명 : 민○○
2. 나이 : 34세
3. 초진 : 2014년 1월 6일
4. 주소
 - 1) 하복통
 - 2) 요통
 - 3) 질 분비물
5. 발병일 : 2013년 8월 정기검진 하다가 발견

6. 과거력 : 2012년 8월 자궁경부암 진단 후 전자궁절제술 시행.

7. 산과력 : 1-0-0-1

8. 월경력

자궁적출 수술 전 월경력은 특이사항 없음. 주기도 규칙적이고, 월경통도 없었다고 함.

9. 현병력

2012년 8월 S 병원에서 자궁경부암 진단 후 전자궁 적절제술 시행한 환자로 이후 꾸준히 정기검진 시행하던 중 2013년 8월 경부터 좌측 하복부에 심각한 통증을 호소, 초음파, MRI 검사 시행 후 Lt. Ovarian Luteal Cyst(3 cm) 진단받음. 이후 맞은편 허리 쪽으로 찌르는 듯한 통증이 수시로 발생하여 일상생활이 힘들어지며 휴직함. 이후 2013년 12월 29일 정기검진으로 Lt. Ovarian Hemorrhagic Corpus Luteal Cyst(5.1 cm) 진단받고, 양쪽 난소 절제술 권유 받음.

10. 동반증상 : 皮膚搔痒症, 眩暈, 음식 알러지(마늘, 양파, 토마토)

11. 望聞問切

- 1) 飲食 食慾低下 & 消化不良 甚.
- 2) 大便 秘
- 3) 小便 量多(夜間 頻尿 3~4 회)
- 4) 睡眠 不良
- 5) 舌診 舌淡紅 苔薄白
- 6) 脈診 細弱
- 7) 腹部 超音波 寫眞 : Fig. 1.



Fig. 1. Hemorrhagic Corpus Luteal Cyst of Pt. 1.

12. 치료 내용 및 경과

1) 한약치료

(1) 茯苓導水湯

白朮, 白茯苓, 澤瀉, 麥門冬, 12 g, 鷄內金, 大腹皮, 厚朴, 檳榔, 貢砂仁 8 g, 蘇葉, 木果, 桑白皮 6 g, 木香, 陳皮 4 g

《醫宗金鑑》 처방이나 대전대학교 한방병원 처방집에 기준, 가감하여 사용하였으며, 1일 2첩 120 cc, 3포 분량으로 식후 3회 매회 1포씩 복용하였다.

2) 침구 치료

0.2×30 mm 일회용 호침(stainless steel, 동방침, 서울)을 사용하여 三陰交(SP6), 懸鐘(GB39), 氣海(CV6), 足三里(ST36)에 30분씩 留鍼 하였으며 3회/주간격으로 시행하였다. 關元(CV4)에 間接灸 역시 30분씩, 3회/주간격으로 시행하였다.

3) 경 과

상기 환자는 32세에 전자궁 절제술 시행한 환자로 2012년 7월에 자궁경부암 3기 진단을 받고 같은 해 8월에 전자궁 절제술을 시행하였다. 이 환자는 2012년 초부터 계속되는 하복통과 이상 질 분비물로 인해 local 산부인과에서 간헐적으로 통원치료 시행하였으며, 같은 해 2012

년 5월에 직장건강검진에서 자궁경부암 검사에서 정상 진단을 받았으나, 계속되는 질 분비물과 하복통으로 인해 3차 병원을 찾았다가 경부암 진단을 받았다. 8월 S병원에서 전자궁 절제술 받고 계속 정기검진 중, 이후 재발된 하복통과 요통으로 각종 검사 시행후 좌측 황체 낭종 진단받고, 3개월 후 재검진 권고 받았으며 이후 2013년 12월 좌측 황체 낭종이 더 커져 파열우려가 심각하다는 진단 받고 양쪽 난소절제술 권유 받은 후 본원에 내원하였다.

2014년 1월 6일 혈액검사, 체열진단, 초음파 검사 시행하였으며, S병원 경질 초음파 상 5.1 cm, 본원에서는 경복부 초음파 상으로 4.3 cm 으로 측정되었다. 茯苓導水湯 12 일 분을 처방하고, 이후 지속적으로 주 3 회 침구치료를 시행하였다. 환자는 극심한 하복통과 요통으로 일상생활이 불가능하여 휴직 중인 상태였으며 밤에는 빈뇨로 인하여 2시간 마다 깨는 등 여러 가지 증상으로 우울증까지 우려되는 상황이었다. S병원에서 난소 낭종의 크기와 형태적 특징상 출혈성 황체 낭종으로 생각되며 파열이 우려된다면서 양측 난소 절제술을 권유하였고, 환자는 전자궁 적출술을 이미 시행하였기에 난소절제술에 대한 거부감이 심하여서 침구치료와 한약치료 모두에 적극적이었다. 1월 6일 부터 3월 19일까지 지속적으로 침구치료와 약물치료를 시행하며 하복통과 요통이 점차 개선되어 점차 일상생활이 가능해졌으며, 빈뇨증상이 개선되어 수면상태가 개선되었다. 동반 증상이 개선되면서 3월 19일부터 4월 11일까지는 한약치료만 시행하였다. 이후 4월 11일 S병원 정기검진 상 좌측 난소의

낭종의 크기가 3.0 cm 으로 줄어들었으며, 동반되었던 증상이 모두 호전된 것으로 보아 소멸 가능성이 크니 3개월 이후 다시 검사하자며 관찰소견을 권고 받았다고 했다. 이후 환자는 직장에 복직하였으며, 일상생활을 영위하고 있다.

<환자 2>

1. 환자명 : 오○○

2. 나이 : 16세

3. 초진 : 2014년 3월 25일

4. 주소

1) 월경통

(1) 下腹痛, 惡心, 嘔吐, 不食. 월경 시작 하루 전부터 월경 끝날 때까지 지속.

(2) 월경기간 : 일주일

(3) 월경혈 양상 : 血塊 多, 黑赤色

(4) 월경양 : 둘째 날만 오버나이트 사용.

2) 월경불순 : 28~45일 주기

5. 발병일 : 2013년

6. 과거력

2009년 초경 때 부터 월경통이 심하여 산부인과 및 한의원 통원치료 시행함.

7. 산과력 : 0-0-0-0

8. 월경력 : 2014. 03. 05

9. 현병력

2009년 초경 때부터 월경통(하복통)이 심하여 산부인과 치료 및 한의원 치료 시행하였던 환자로 2013년 영국으로 유학을 갔다. 이후 2014년 3월 귀국하여 검진 실시 중 Rt. Ovary hemorrhagic corpus luteal cyst(5.3×3.4 cm) 진단받고, 크기 상 파열의 위험이 크다며 수술을 권유받은 후 본원에 내원하였다.

10. 동반증상 : 眼球乾燥症, 手足多汗, 汗疱疹

11. 望聞問切

- 1) 飲食 食慾은 좋으나 消化不良甚
- 2) 大便秘
- 3) 小便 6~7회
- 4) 睡眠 良好
- 5) 舌診 舌淡紅 苔薄白
- 6) 脈診 左右關弦
- 7) 腹部 超音波 寫眞 & 의료기록사본 :
Fig. 2, Fig. 3.



Fig. 2. Hemorrhagic Corpus Luteal Cyst of Pt. 2.

진단방사선결과지
 검사요청일(예약일) : 2014/03/25 촬영일 : 2014/03/25
 판독일 : 2014/03/25 판독자 : 강○○/

검 사 명 : Abdomen USG
 진 단 명 :

Reported by 강○○(○○○○16)

ABDOMEN US:

Indication of study: diffuse abdominal pain

- Complex cystic mass (5.3x3.4cm) in right adnexa.
- > DDx) hemorrhagic corpus luteal cyst, benign cystic tumor.
- No significant abnormality in liver, GB, biliary tree, visible pancreas, both kidneys, and spleen.
- Scanty ascites in right perihepatic space.-----

Fig. 3. Medical Record Duplicate of Pt.2.

12. 치료 내용 및 경과

1) 한약치료

- (1) 茯苓導水湯 : 1일 2첩 120 cc, 3포 분량으로 식후 3회 매회 1포씩 복용하였다. 60일 복용.

2) 경 과

상기 환자는 12 세인 2009년 초경부터 심한 월경통을 호소하였던 환자로 월경 첫째 날부터 셋째 날까지 지속되는 극심한 하복통으로 일상생활에 어려움을 겪고 있었다. 환자는 이 증상으로 인하여 당시에도 3차 병원에서 초음파, MRI 모두 시행하고 별무진단 후 호르몬제를 복용하다 증상 호전 없이 부작용만 발하

여, 한약치료를 시행하여 증상이 호전된 환자이다. 이후 2013년 영국으로 유학을 떠났으며 유학 가서 다시 월경통이 재발하여, 생리가 시작되면 학교를 결석하였다고 한다. 방학을 이용, 귀국하여 다시 검진을 받고 이후 Rt. Ovary Hemorrhagic Corpus Luteal Cyst(5.3×3.4 cm) 진단받고, 크기와 낭종의 형태상 파열의 위험이 크다며 난소 부분절제술을 권유받았다. 수술 시행 전 서약서의 내용 때문에 본원에 내원하였다. 사춘기 학생으로 격렬한 체육활동을 삼가고, 스트레스, 자극적인 음식을 자제한다는 전제하에 한약 치료를 시행하였다. 환자는 茯苓導水

湯 한 달 분을 가지고 돌아갔으며 이후, 전화 통화 후 다시 한 달분을 더 복용하였다. 이후 6월 16일(2014년 건강검진 병원에서 지정한 F/U 날짜)에 다시 귀국하여 초음파 및 MRI 소견 상 출혈성 황체 낭종 완전 소실의 진단을 받고 영국으로 돌아갔다.

Ⅲ. 고 찰

난소는 태생기 때 발생한 40여 만 개의 원시난포(primordial follicle)로 구성되어 있다. 태생기 때의 난소는 태어나고 사춘기 때까지 변화 없이 있다가 사춘기가 되면서 생식호르몬의 영향으로 일차난포(primary follicle)로 변화한다. 한 번의 생리주기 동안 일단의 원시난포들이 일차난포로 변화한다¹⁾. 이 난포가 성장하다 마지막으로 난포액의 급작스런 팽창으로 인해 난자가 배출되는데 이를 배란이라 한다. 이러한 과정은 다발성이고 복잡한데, 난세포의 물리적 방출은 난포내 프로스타글란딘 합성이 배란 직전 급증하는 것과 연관하다²⁾.

배란은 생식능력이 있는 여성에 있어 매달 발생하는 생리적 현상이며, 황체 낭종이란 배란후의 난포 낭종으로써 배란 후 황체 낭종이 퇴화하는데 소요되는 기간 동안 황체 낭종에 손상이 가해져서 파열이 되면 출혈이 동반된다. 배란 시에는 mittelschmerz라고 명명되는 골반통이 다양한 정도와 형태로 동반되며, 소량의 출혈이 황체 낭종 내부나 외부의 복강에서 발생할 수 있다. 이때의 출혈이 그 양이 미미하고, 저절로 멈추는 경우는 임상적으로 큰 문제가 되지 않

나, 예외적으로 응급을 요하는 복강내 출혈로 발전하는 경우도 간혹 있다¹⁾.

출혈성 황체 낭종이란 난포성 난종 또는 황체 낭종 내에 출혈이 생긴 것으로 황체 낭종의 부분 파열과 병리적으로 겹치는 부분이 많은 질환이나 임상 양상이 출혈성 낭종은 대부분 하복부 동통이 경미하거나 비특이적인데 비해 황체 낭종의 파열은 통증이 심하고 통증의 발생이 급격하므로 임상양상에 의해 감별이 가능하다⁶⁾. 출혈의 양이 아주 많을 경우는 황체 낭종이 허탈되어 자궁외 임신과는 초음파상으로 감별이 불가능하게 된다⁷⁾.

출혈성 황체 낭종은 부인과 영역에서 골반 초음파를 시행하다보면 종종 만나게 되는데, 여성 골반 초음파에 있어 다른 부속기 종양과 혼동될 수 있는 수많은 영상을 가지기 때문에, 이 복잡한 낭종성 부속기 종양은 특징적인 영상이 아닌 경우 난소종양을 포함한 여러 가지 다른 질환으로 진단되어 진다³⁾. 출혈성 황체 낭종의 정확한 진단은 질 초음파 유도하에서 특징적인 영상 결과물과 임상적 증상이 일치하는 경우 내려질 수 있다. 황체 낭종은 초음파상 특징적인 균일한 저등급 에코를 가지는 낭종으로 보이며 벽이 미만성으로 두껍고, 색도플러 초음파상 혈류가 벽을 따라 증가된 소견을 보인다. 때때로 황체 낭종의 벽에 파열이 있는 경우, 출혈의 양이 과도하여 심한 복부동통, 저혈압, 빈맥 등의 증상이 발생하여 응급 수술이 필요한 경우가 종종 있다^{4,5)}. 출혈의 양은 파열의 정도에 따라 다양할 것으로 생각되며, 출혈의 양이 많을 경우 응급개복수술이 필요하며 Arieli 등⁴⁾은 황체낭종의 파열이 의심되는 경우 초음파로 액체저류의

양, 복부동통의 정도, 그리고 순환허탈(circulatory collapse)의 유무에 따라 응급수술 여부를 결정하는 것이 좋다고 하였다. 황체 낭종의 과열원인으로는 성관계시의 자극, 과도한 운동, 그리고 골반검사 등이 보고되고 있으며^{8,9)} 좌측 난소는 결장이 완충작용을 하여 오른쪽 난소에서 더 많이 생긴다고 보고되었다⁸⁾.

난소 출혈은 산부인과영역에서 비교적 흔한 질병으로서 심한 동통과 함께 때로는 생명을 위협하는 다량의 혈복강을 동반하므로 대부분 응급수술을 요하는 질환이다^{2,10)}. 이는 가임기 여성의 혈복강 환자 중에서 자궁의 임신을 제외하고는 가장 많은 부분을 차지하고 있으며, 전형적인 증상과 징후가 없어 급성중수염이나 자궁외 임신 같은 응급질환과 유사하므로 수술 전 신속하고도 정확한 감별진단이 필요하다^{2,10)}. 또한, 이와 유사한 증상과 영상을 동반하는 질환으로는 자궁부속기 종양의 염전을 들 수 있다. 자궁부속기 종양의 염전은 난소, 난관 및 자궁과 난소를 지지하는 인대 등에서 기원하는 종양의 염전으로 심한 하복부 동통과 염전체의 혈행 장애로 인한 울혈 및 괴사를 초래하는 질환으로 산부인과 영역의 5대 응급질환 중 하나이다. 하지만 임상증상과 이학적 검사가 대개 비특이적이어서 인접장기의 응급질환과 감별이 용이하지 않아 대부분의 난소 염전체의 경우 진단의 지체로 인한 난소기능의 소실이라는 결과를 낳는다. 특히 대부분의 자궁부속기 염전이 20-30대의 젊은 여성에서 발생하므로 정확한 진단에 의한 신속한 치료가 난소 및 난관의 보존에 의한 향후 임신 가능성 유지 및 여성의 내분비적 기능 유지에 매우 중요함을

알 수 있다. 따라서 염전의 임상적 증상, 이학적 검사, 초음파 소견, 수술 방법, 병리 조직학적 소견 및 임신과의 관계 등을 분석함으로써 자궁부속기 종양의 염전을 조기에 진단하고 가능한 한 난소기능의 보존이라는 관점에서의 적절한 치료 방향을 결정해야 한다¹¹⁾.

초음파 검사에서 자궁 부속기에 종양이 발견되는 경우, 난소에서 기원하는 고형 혹은 악성종양이 의심된다면 수술적 치료를 하지만, 낭종성 종양으로 보이는 경우 일시적으로 발생한 기능성 난소 낭종의 가능성을 고려하여 바로 수술을 시행하지는 않는다. 이러한 경우 2, 3개월 정도의 추적관찰을 통하여 변화되는 양상을 지켜본다¹²⁾. 이러한 추적 관찰에서 그 크기가 줄어들지 않는다면 수술을 하게 되는데, 이 중 30%에서 조직검사 결과상 기능성 난소 낭종으로 진단되며¹³⁾, 이는 불필요한 수술을 한 것이라 할 수 있다.

난소 낭종은 임상에서 비교적 흔하게 관찰되는 난소의 양성 종양을 포괄하는 명칭으로, 난소에 낭종성 변화를 나타내는 것으로는 난포(follicle), 단순 기능성 낭종(functional ovarian cyst), 지속성 황체(persistent corpus luteum), 자궁 내막종(endometrioma), 다낭성 난소(polycystic ovary) 등이 있다¹⁴⁾. 기능성 난소 낭종의 흔한 종류인 난포 낭종(follicular cyst)은 난소 배란의 이상으로 인해 난포낭이 지속적으로 커지게 되어 발생하며, 황체 낭종(luteal cyst)은 배란 후 비정상적인 퇴화 과정에 의해 발생한다. 흔히 난소 낭종의 진단과 추적 관찰에는 초음파 검사가 이용되며, 그 성상 및 크기, 격벽 유무 등에 따라 기능성 난소 낭종을 다른

종양과 어느 정도 감별해 낼 수 있다¹⁵⁻¹⁷⁾. 낭종성 난소 종양의 치료경과도 다른 자궁부속기 종양질환과 별반 다르지 않아, 초음파상 그 성상이 기능성 난소 낭종으로 판단되면 추적관찰을 한다. 일정기간의 관찰 이후에도 그 낭종이 사라지지 않는다면, 수술적 치료를 시행하게 되는데, 연구의 결과를 보면 수술을 하게 되는 환자의 약 30%가 수술이 필요 없었다고 할 수 있다¹⁶⁾. 이런 불필요한 수술을 줄이기 위한 방법으로 초음파 검사 이외의 추가적인 검사인 CA-125와 CA19-9 농도, 컴퓨터 단층 촬영이 있으나 별 도움이 되지 않는다는 결과도 있다^{19,20)}.

난소 낭종이란 난소에 흔하게 발생하는 기능성 종괴로서 폐경 전 여성이나 폐경 후 여성 모두에서 7% 내외의 유병율을 나타내고 있다. 이러한 난소 낭종에 대해 한의학에서는 “癥瘕”, “積聚”의 범주에서 보고 있으며, 구체적으로는 “腸覃”과 많은 연관성을 가지는 것으로 인식하고 있다^{21,22)}. 이는 난소 낭종이 난소에 발생하여 자궁에 발생한 자궁근종이나 육종 등에 비해 가동성이 있으며, 양성적인 임상경과를 가지는 측면에서 착안한 것으로 보인다²³⁾.

최근 난소 낭종은 부인과 정기검진과 질식 초음파의 광범위한 사용으로 인해 진단율이 더 높아지고 있는 실정이다. 난소 낭종의 임상 과정에서 가장 중요한 것은 진단을 통해 악성 가능성을 배제하는 것이며, 악성이 배제된 난소 낭종은 우선적으로 한의학의 치료적응증이 된다²⁴⁾.

난소 낭종은 거의 증상이 없거나 경미하게 나타나므로 우연히 발견되는 경우가 많다. 종양이 큰 경우는 복부팽만감, 복부 동통 및 불쾌감, 하복부 압박감 등

이 나타난다²⁰⁾. 진단에 활용되는 방법은 촉진, 초음파, 혈중 hCG검사, 종양표지물질(Ca-125), CT, MRI, 시험적 개복술, 조직검사 등이 있으나 대부분 초음파 검사와 CA-125로 진단적 인상을 확보하게 된다. 난소 낭종의 임상 목표는 환자의 연령과 낭종의 크기와 관련증상에 근거하게 된다. 일차적으로 악성과 양성, 고형물의 포함 여부 등이 배제되고, 관찰대상이 아닌 치료 대상으로 판정된 후에는 관련증상이 있을 경우, 드러나는 증상을 치료 혹은 개선시키는 것과 초음파로 확인된 낭종을 축소 혹은 소실시키는데 임상의 목표를 두게 된다. 무증상의 경우에는 진단된 낭종의 축소 혹은 소실에 목표를 두게 된다²⁴⁾.

출혈성 난소 낭종의 대부분은 기능성이건 종양성이건 간에 대개 우연히 골반 초음파를 통해 발견된다. 출혈성 난소 낭종은 가임기 여성의 급성 골반통의 주요 원인이 되며 응급 수술을 요하게 되는 경우가 자주 발생하여, 임상에서 출혈성 난소 낭종으로 진단되어 지는 경우 일반적으로 일차 치료로 수술을 권하게 된다. 출혈성 난소 낭종의 가장 흔한 병인은 황체 난소 낭종으로 황체 낭종 내에서의 끊임없는 출혈로 인하여 일반적인 난소 낭종 보다 두꺼운 벽을 가지게 된다. 초음파상에서 출혈성 난소 낭종은 흔히 내부 에코를 가진 복잡한 덩어리로 보여진다²⁵⁾.

茯苓導水湯은 《醫宗金鑑·婦科心法要訣釋》에서 처음 소개되어진 처방으로 “產後腫分氣水血 輕浮脹滿氣之形 水腫喘嗽小便澀 皮如熟李血之清 氣腫 枳朮湯最效 水腫 茯苓導水湯. 產後浮腫 由于敗血乘虛流入經絡 血化爲水 故令浮腫. 若喘

嗽小便不利者 則爲水腫 宜茯苓導水湯利之. 茯苓導水湯 産後浮腫 有因敗血流入經絡而致者 宜行瘀爲主 其余證候不一 可參水腫門以施治. 茯苓, 檳榔, 豬苓, 縮砂, 木香, 陳皮, 澤瀉, 白朮, 木瓜, 大腹皮, 桑白皮, 蘇梗 各等分. 上 加薑服 脹 加枳殼, 喘 加葶藶子, 腿脚腫 加防己^{26,27)}.”으로 기재되어 있으며, 主治는 産後浮腫 등에 활용하는 것으로 나와 있다. 産後는 瘀血이 가장 빈번하게 발생할 수 있는 시기로, 産後 浮腫은 敗血이 停積於五臟하여 발생하므로 瘀血이 主病機가 되는 “癥瘕”, “積聚”의 범주에 해당되는 황체 낭종과의 관련여부를 알 수 있다. 澤瀉로 通小腸 利小便하고, 茯苓으로 滲濕利水 補脾하며, 豬苓으로 清熱利水하여 여분의 노폐물과 수분을 배설시켜 下焦의 循環을 돕고, 縮砂와 木香으로 順氣活血시키며, 大腹皮로 下一切氣 通大小便하고, 桑白皮로 瀉肺 去肺中水氣하여 氣機循環을 돕는다. 木果로 治痰益脾胃하고, 蘇梗으로 下氣하여 心腹脹滿하는 것을 치료한다²⁸⁾.

증례 1의 환자는 이미 32세에 자궁경부암 3기 진단받고 전자궁 절제술 시행한 환자로, 전자궁 절제술 시행 후 정기검진 중 다시 시작된 하복통과 요통으로 각종 검사 시행 후 좌측 황체 낭종 진단 받았으며, 3개월 후인 2013년 12월 좌측 황체 낭종이 더 커지고(5.1 cm), 그 형태 또한 출혈성 황체 낭종과 비슷하여 과열우려가 심각하다는 진단 받고 양쪽 난소 절제술 권유 받은 후 2014년 1월 6일 본원에 내원하였다.

본원에서는 경복부 초음파 상으로 4.3 cm으로 측정되었다. 茯苓導水湯 12일 분을 처방하고, 이후 지속적으로 주 3회 침구 치료를 시행하였다. 환자는 극심한 하복

통과 요통으로 일상생활이 불가능하여 휴직 중인 상태였으며 밤에는 빈뇨로 인하여 2시간 마다 깨는 등 여러 가지 증상으로 우울증까지 우려되는 상황이었다. 환자는 이미 젊은 나이에 전자궁 적출술을 시행하였기에 난소절제술에 대한 거부감이 심하였다. 1월 6일 부터 3월 19일까지 지속적으로 침구치료와 약물 치료를 시행하며 하복통과 요통이 점차 개선되어 점차 일상생활이 가능해졌으며, 빈뇨증상이 개선되어 수면상태가 개선되었다. 3월 19일부터 4월 11일까지는 한약치료만 시행하였다. 이후 4월 11일 정기검진 상 좌측 난소의 낭종의 크기가 3.0 cm으로 줄어들었으며, 동반되었던 증상이 모두 호전된 것으로 보아 소멸 가능성이 크니 3개월 이후 다시 검사하자며 관찰 소견을 권고 받았다고 했다. 이후 환자는 직장에 복직하였으며, 일상생활을 영위하고 있다.

증례 2의 환자는 2009년 초경부터 심한 월경통을 호소하였던 환자로 가족력상 유사한 증상을 가진 사람은 없었다. 월경 첫째 날부터 셋째 날까지 지속되는 극심한 하복통으로 일상생활에 어려움을 호소하였던 환자로 이 증상으로 인하여 당시에 3차 병원에서도 초음파, MRI 모두 시행하고 별무진단 후 호르몬제를 복용하였다. 호르몬제를 복용하면서 증상의 호전은 없고 여드름과 다모증이 심해져서 본원에 내원하였으며 한약치료를 시행하여 증상이 호전되었던 환자이다. 이후 2013년 영국으로 유학을 떠났으며 유학 가서 다시 월경통이 재발하여, 생리가 시작되면 학교를 결석하였다고 한다. 방학을 이용, 귀국하여 다시 검진을 받고 이후 Rt. Ovary hemorrhagic corpus

luteal cyst(5.3×3.4 cm) 진단받고, 크기와 낭종의 형태상 파열의 위험이 크다면 난소 부분절제술을 권유받았다. 수술을 하게 될 경우 부득이하게 휴학을 해야 할 형편이었고, 수술 시행 전 부분절제술 시행 중 전체 절제가 될 수도 있다는 서약서의 내용에 심히 우려가 컸던 보호자의 뜻에 따라 본원에 내원하였다. 사춘기 학생이며, 다른 나라에 있어 경과를 때때로 볼 수 없으며, 크기와 형태상 파열 위험이 크다는 상당한 부담이 있었으나 수술을 원하지 않는 부모님의 간절한 뜻에 따라 한약치료를 시행하기로 하였다. 다음 정기검진까지 격렬한 육체 활동을 삼가고, 스트레스, 자극적인 음식물을 자제하고, 규칙적인 생활을 하겠다는 전제하에 한약 치료를 시행하였다. 환자는 茯苓導水湯 한 달 분을 가지고 돌아갔으며 한 달분 복용 이후, 전화 통화 후 다시 한 달분을 더 복용하였다. 이후 6월 16일(2014년 3월 검진 병원에서 지정한 F/U 날짜)에 다시 귀국하여 초음파 및 MRI 소견 상 출혈성 황체 낭종 완전 소실의 진단을 받고 영국으로 돌아갔다.

본 증례의 환자들은 연령과 증상은 다르나 모두 파열의 위험성으로 수술을 권고 받았던 환자들로 한의학적 치료를 실시하여 좋은 결과를 얻을 수 있었다.

저자는 단순 추적관찰이나 응급 상황 가능성으로 수술이 권유되는 황체 낭종을 이와 같은 연구를 통해 한약 치료(茯苓導水湯)와 침구 치료로 환자의 증상 해소 및 실질적 기질의 축소에 도움을 줄 수 있었다. 대개 발병 연령이 생식 가능연령대이고, 수태력 보존과 기타 환자의 삶의 질의 유지라는 측면에서도 한의

학적 치료는 상기 질환의 치료에 많은 도움이 될 수 있을 것으로 기대된다. 앞으로 한방치료의 효과와 타당성을 입증하기 위해서 지속적인 연구와 보다 많은 임상 자료가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

검진에 의하여 출혈성 황체 낭종으로 진단 받은 후, 파열 위험성으로 수술을 권유받고 내원한 환자 2례에 대하여 한의학적 변증을 통해 茯苓導水湯 투여 및 침 치료를 시행하여 증상의 개선 및 실질적인 기질적 향상을 확인할 수 있었다. 이는 정확한 진단 자체가 어렵고 응급상황 발생의 우려로 일차적 치료로 수술을 원하는 양방치료에 비해 환자의 삶의 질 향상과 생식능력의 보존이라는 측면에서 한방치료가 더 효과적일 수 있음을 시사한다.

□ 투 고 일 : 2014년 10월 22일

□ 심 사 일 : 2014년 11월 07일

□ 게재확정일 : 2014년 11월 10일

참고문헌

1. Marcus J. Dill-Machy Mostafa Atri, M. D. Ovarian Sonography. In: Callen PW, eds. Ultrasonography in obstetrics and gynecology. 4 th ed. Sanfrancisco, CA:W.B. Saunders company. 2000: 859-61.
2. 서울대학교 의과대학 산부인과학교실. 산부인과학. 서울:군자출판사. 1999:68-9, 524.

3. Life threatening corpus luteal hemorrhage, W. A. G et, Herbert Open Access Journals, Gynecology. 2013, 1:2. <http://dx.doi.org/10.7243/2052-6210-1-2>
4. Raziel A, et al. Current management of ruptured corpus luteum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993;50:77-81.
5. Freistadt H. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum. Am J Obstet Gynecol. 1985;151:4210-15.
6. Bass IS, et al. The sonographic appearance of the hemorrhagic ovarian cyst in adolescents. aj ultrasound Med. 1984; 3:509-13.
7. Sandvei R, et al. Radioimmunoassay of human chorionic gonadotropic B-subunit as an early diagnostic test in ectopic pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 1981;60:389-91.
8. Tang LC, et al. Dextroponderance of corpus luteum rupture a clinical study. aja areprod Med. 1985;30:764-8.
9. Sloan WR. Rupture of corpus luteum of pregnancy during coitus. Br Mes J. 1948;2:26-8.
10. 김명찬 등. 난소의 출혈성 병변에 대한 임상 및 조직병리학적 연구. 대한산부회지. 2000;43(10):1731-8.
11. 하준영, 양희생. 자궁부속기 종양염전의 임상 병리학적 고찰. 대한산부회지. 2004;47(2):356.
12. Jonathan SB. Berek & Novak's Gynecology Fourteenth Edition: Lippincott Williams & Wilkins. 2007: 471-2.
13. Guerriero S, et al. Transvaginal ultrasonography combined with CA-125 plasma levels in the diagnosis of endometrioma, Fertil Steril. 1996;65: 293-8.
14. 대한산부인과학회 교과서편찬위원회. 부인과학 제3판. 서울:칼빈서적. 1997: 165-75, 1028-112.
15. Yoffe N, et al. Hamorrhagic ovarian cyst detection by transvaginal sonography: the great imitator Gynecol Endocrinol. 1991;5:123-9.
16. Hurwitz A, et al. The management of persistent clear pelvic cysts diagnosed by ultrasonography. Obstet Gynecol. 1988;72:320-2.
17. Osmers RG, et al. Preoperative evaluation of ovarian tumors in premenopause by transvaginal sonography Am J Obstet Gynecol. 1996;175:428-34.
18. Imaoka I, et al. Developing an MR imaging strategy for diagnosis of ovarian masses. Radiographics. 2006; 26(5):1431-48.
19. Hamm B, et al. MR imaging and CT of thapics. J Clin Ultra Sound. 2002;22:785-801.
20. 이영민. 초음파검사에서 기능성 난소 낭종으로 보이는 환자들에 대한 후향적 고찰. 경희대학교 대학원 석사 학위논문. 2009.
21. 대한한방부인과학회. 한의부인과학(상). 서울:정담출판사. 2002:303-21.
22. 宋火丙基. 韓方婦人科學. 서울:행림출판. 1994:249-62.
23. 김동일 등. 한방치료로 호전된 후 다시 증대된 장액성 낭선종으로 추정되는 난소낭종을 치료한 임상증례 보고. 한방부인과학회지. 2003;16(2):215-24.

24. 김동일. 난소낭종에 대한 한의 임상 연구의 종설. 대한한방부인과학회지. 2007;20(4):175-90.
25. Choi HJ, et al. Ruptured Corpus Luteal Cyst: CT Findings. Korean J Radiol. 2003;4(1):42-5.
26. 吳謙 등. 醫宗金鑑, 臺北:大中國圖書公司. 1982:198-9.
27. 傅方珍. 醫宗金鑑·婦科心法要訣譯. 河南:河南科學技術出版社. 1981:188.
28. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:여강출판사. 1994:96, 554, 2143, 2682, 2708, 2721, 2727, 2797, 2810, 2817.