

崩漏 患者 1例에 대한 임상보고

경원대학교 한의학과대학 부인과학교실

육상숙, 임은미

ABSTRACT

A case report of Abnormal Uterine Bleeding

Sang-Suk Yuk, Eun-Mee Lim

Dept. of Gynecology, Oriental Hospital, College of Oriental Medicine,
Kyungwon University

Purpose : The purpose of this study is to report the effect of oriental treatments for the abnormal uterine bleeding.

Methods : We treated a 30-year-old female who had been suffering from abnormal uterine bleeding for one month by Herb medication(Yikweseungyangtang, Chokyungjongoktang, Jahagehwan), acupuncture therapy and moxibustion therapy at the same time. And these treatments were based on 塞流([sailiu]-stanch blood), 澄源([chengyuan]-correct origin), 復舊([fuliu-restore) which are principles of treatment of 崩漏([benglou]-metrorrhagia)

Results : After oriental medical treatment, abnormal uterine bleeding was disappeared and recovered the normal menstrual cycle.

Conclusion : This case study shows that the oriental medical treatment in accordance with three principles of oriental treatment has an useful effect on abnormal uterine bleeding patient's treatment and recovery.

Key words : abnormal uterine bleeding, Yikweseungyangtang, Chokyungjongoktang, Jahagehwan

I. 緒 論

崩漏는 여성 내성기의 비정상적인 출혈로 월경주기와 무관하게 불규칙적으로 출혈이 일어나는 경우를 말한다. 《諸病源候論》¹⁾에서는 “非時血行 淋瀝不已 謂之漏下 忽然暴下 若山崩然 謂之崩中”이라 하여 병세가 급격하면서 대량의 출혈을 보이는 ‘崩’과 병세가 완만하면서 지속적인 소량의 출혈을 보이는 ‘漏’로 나누어 설명하고 있는데 그 치료는 “急則治其標, 緩則治其本”의 원칙에 따라 塞流, 澄源, 復舊 등의 3가지 치법을 辨證에 맞게 활용할 수 있다²⁾.

서양의학에서는 여성생식기로부터의 출혈이 정상적인 월경주기를 벗어나 불규칙하게 나타나거나 월경주기를 유지하더라도 그 출혈량이 정상범위를 넘어 과도한 경우를 비정상 출혈로 간주하며 전체 부인과환자의 약 10-15%에서 관찰되며 흔히 대하증, 골반통과 더불어 부인과 영역의 3대 증상이라고 일컬어진다. 치료는 내과적 약물치료가 주가 되며 주로 프로그스테론이나 에스트로젠 제제 또는 복합 경구피임제, 비스테로이드성 소염제 등이 일차적으로 선택되며 내과적 치료에 실패하였거나 내과적 치료가 금기일 때 외과적 치료를 시행한다³⁾.

지금까지의 崩漏에 관한 연구를 살펴보면, 문헌적 연구로 김⁴⁾, 이⁵⁾, 강⁶⁾, 정⁷⁾ 등과 주⁸⁾, 오⁹⁾, 김¹⁰⁾, 이¹¹⁾, 강¹²⁾ 등의 임상보고가 있다. 이처럼 임상보고들이 다수 발표되고 있으나 이들 보고들이 치료에 있어서 塞流, 澄源, 復舊의 3가지 치료과정을 모두 기술하면서도 실제 임상에서는 塞流, 塞流 또는 澄源에서 치료를 마감하므로, 이에 본 저자는 塞流, 澄

源, 復舊의 治法에 해당하는 益胃升陽湯, 調經種玉湯, 紫何車丸 등의 처방을 환자의 병정에 따라 순차적으로 적용하여 봉루 환자 1례를 치료하여 양호한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환자명/나 이 : 박00/30세
2. 신 장/체 중 : 150cm/50kg
3. 初診日 : 2006년 6월 29일
4. 主訴症 : 崩漏
5. 發病日 : 2006년 5월 28일
6. 家族歷 : 어머니- 당뇨, 저혈압
7. 社會歷 :
음주-소주1/2병(주1회)
흡연(-), 회사원
8. 產科歷 : 0-0-1-0
9. 月經歷 :
6-7일/28-30일, 월경통(월경1일에 다소 있으며 요통 동반)
10. 過去歷
① 2005년 4월 인공유산
② 2005년 6월 자궁출혈-산부인과에서 호르몬불균형Dx & 약 복용 후 지속적인 출혈은 소실되었으나 06년 5월 재발하기 전까지 매월 15일간 계속 월경함.

11. 現病歷

2006년 5월 28일 월경을 시작한 것으로 보이던 월경출혈이 한달이상 지속되어 2006년 6월 27일 local 한의원에서 한약 복용하였으나 증상의 호전 없어 6월 29일 본원 한방병원 부인과에 내원하였다.

13. 四 診

食慾 및 消化狀態- 이상없음
 大便 :1회/2-3일(불편없음)
 小便: 7-8회/일(불편없음)
 睡眠: 이상없음
 脈診: 細弦
 舌診: 舌尖紅, 苔厚白

14. 치료내용 및 임상경과

1년전 이상자궁출혈로 산부인과에서

양약 복용 후 止血은 되었으나 올해 다시 재발하기 전까지 계속 매월 15일간 월경을 하는 양상 보였으며, 5월 28일부터 시작된 지속적인 자궁출혈로 6월 29일 본원에 내원하였다. 상담한 후 자세한 검사 및 안정취하기 위하여 6월 30일부터 7월 3일까지 입원하였으며 7월 10일까지 출혈양이 다소 많았으나 이후 급격히 감소하여 거의 소실되는 임상경과 보였으며 1차 월경을 7월 23일부터 29일까지 정상적으로 하였고 이후 계속 출혈 소견 없었으며 한달 후인 8월 24일부터 9월 4일까지 2차 월경을 하였다 9월 8,9일에 소량의 출혈 보였으나 이내 소실되었고 B.B.T 상으로 보아 배란기 출혈로 보였다. 9월 24일부터 10월 4일까지 3차 월경을 하였으며 이상출혈소견은 계속 없는 상태 유지되었다.

내원일	치료내용		임상경과
	內服藥 (3회/일)	鍼灸治療 (1회/일)	출혈양상
6/30-7/3 (입원기간)	益胃升陽湯加味①		++
7/8	調經種玉湯②		+(갈색)
7/10			++
7/11	調經種玉湯②		+ 또는 ++
7/14	益胃升陽湯③		+
7/19	調經種玉湯②		±(갈색)
7/25	桂枝茯苓丸④	血海, 太衝, 三陰交, 隱白, 中極 등을 刺鍼하고 關元 施灸	1차월경기(7/23-7/29)
7/28			
8/6	紫何車丸⑤		-
8/14	七製香附丸⑥		-
8/19	紫何車丸⑤		-
8/26	桂枝茯苓丸④		2차월경기(8/24-9/4)
9/5			-
9/11	紫何車丸⑤		9월 8, 9일 소량출혈됨 현재는 소실
9/20			-
			3차월경기(9/24-10/4)

*한약 처방의 구성

- ① 益胃升陽湯 加味: 白朮6g, 黃芪4g, 人蔘3g, 神麩(炒)3g, 當歸身, 陳皮, 炙甘草 2g, 升麻, 柴胡1.5g, 黃芩1g, 地榆(炒黑), 荊芥(炒黑), 側柏, 大薊, 五靈脂(酒炒) 4g
- ② 調經種玉湯: 熟地黃6g, 香附子(炒) 6g, 當歸4g, 吳茱萸4g, 川芎4g, 白芍藥3g, 白茯苓3g, 陳皮3g, 玄胡索 3g, 牡丹皮3g, 乾薑(炒)3g, 艾葉2g, 肉桂2g, 生薑6g
- ③ 益胃升陽湯: 경방신약 엑기스제제 (白朮6g, 黃芪4g, 人蔘3g, 神麩

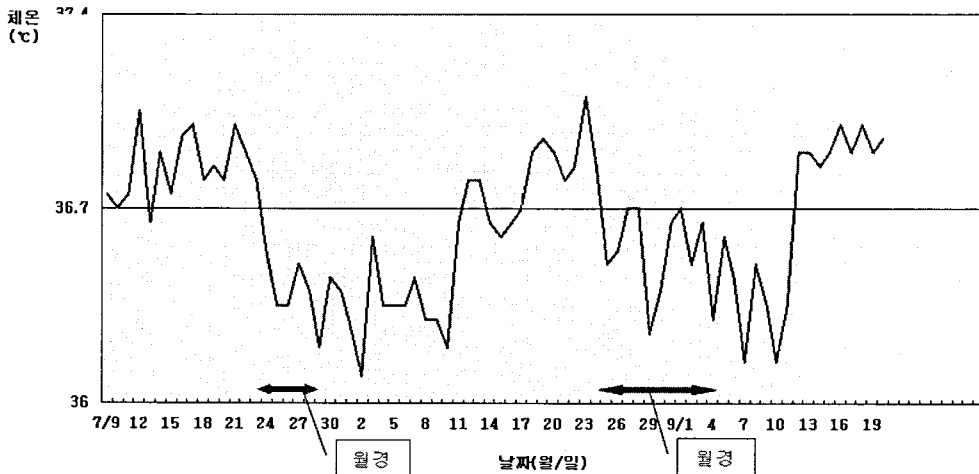
- (炒)3g, 當歸身, 陳皮, 炙甘草 2g, 升麻, 柴胡1.5g, 黃芩1g) 1포 1일 3회 복용
- ④ 桂枝茯苓丸: 제일약품 청월과립 (桂皮1.25g, 白芍藥 1.25g, 桃仁 1.25g, 茯苓1.25g, 牡丹皮1.25g, 경질무수구산0.083g) 1포 1일 3회 복용
- ⑤ 紫何車丸: 동덕제약 자하거 용모 조직 가수분해물을 0.25g씩 캡슐에 담아 3캡슐씩 1일 3회복용
- ⑥ 七製香附丸: 綠豆大 40丸을 1일 3회 분복

15. 임상병리검사(검사일 7월1일)

HEMATOLOGY			URINALYSIS	
WBC(X10 ³)	5.4	(4.8-10.8)	Color	straw
RBC(X10 ⁶)	3.79↓	(4.2-5.4)	PH	6.5
Hgb	11.4↓	(12-16)	Albumin	-
Hct	34.5↓	(37-47)	Glucose	-
MCV	91	(81-99)	Ketones	-
MCH	30.1	(27-31)	Bilirubin	-
MCHC	33.1	(33-37)	Blood	++
Platelet(X10 ³)	332	(130-380)	Urobilinogen	-
E.S.R	12	(0-20)	Microscopy	
SEROLOGY			RBC	many
R.A test	-		WBC	3-5
C. Reactive protein	-		EP.cell	5-10
A.S.O titer	+		HCG	-
BIOCHEMISTRY				
Total protein	7.1	(6.0-8.5)	Alk-phosphatase	63 (34-114)
Albumin	4.1	(3.5-5.2)	Creatinine	1.2 (0.9-1.65)
Total bil	0.5	(0.1-1.0)	Calcium	10.9↑ (7.8-10)
Direct bil	0.02	(0-0.5)	LDH	165 (100-350)
Glucose	80	(70-120)	CPK	51 (25-195)
Total cholesterol	198	(130-250)	Sodium	147↑ (135-145)
Triglyceride	75	(210 up to)	Potassium	4.2 (3.5-5.5)
SGOT	29	(8-40)	Chloride	106 (96-107)
SGPT	31↑	(5-30)	HDL-cholesterol	58 (32-88)
BUN	9	(7.5-20)	HBs Ag	-
γ-GTP	36	(0-40)	HBs Ab	-

검사항목	검사결과	정상범위
LH(mIU/mL)	7.61	난포기 0.6-6.2
		배란기 12.0-51.0
		황체기 6.0이하
		폐경기 11.0-50.0
FSH(mIU/mL)	5.83	난포기 3.30-8.80
		배란기 5.40-20.00
		황체기 1.60-8.70
		폐경기 42.0-126.00
Estradiol(pg/mL)	20.68	난포기초기 10.0-50.0
		난포기후기 60.0-200.0
		배란기 120.0-375.0
		황체기초기 50.0-155.0
		황체기중기 60.0-260.0
		황체기후기 15.0-115.0
Progesterone(ng/mL)	0.24	난포기 0.15-1.40
		배란기 1.60-21.00
		황체기 1.60-21.00
		폐경기 0.11-0.90

16. 기초체온표



III. 考 察

비정상 출혈은 여성 생식기로부터의 출혈이 정상적 월경 주기를 벗어나 불규

칙하게 나타나거나 월경 주기를 유지하더라도 그 출혈량이 정상 범위를 넘어 과도한 경우를 말하는데, 임신 합병증, 염증, 이물질 또는 종양 등과 같은 기질

적 병변에 의한 기질성 자궁출혈과 주로 내분비장애가 원인인 기능성 자궁출혈(dysfunctional uterine bleeding, DUB)로 분류되며, 비정상 자궁출혈 중 25%는 기질적 병변에 의하며, 75%는 기능성 자궁출혈이다. 기능성 자궁출혈이란 자궁에 해부학적 병변이 없는 자궁내막으로부터의 비정상 출혈을 의미하는데, 대부분의 경우 난소기능 이상 또는 무배란과 연관되어 있으나 배란 주기에서도 발생할 수 있고 크게 에스트로젠 파탄성 출혈(estrogen breakthrough bleeding), 에스트로젠 소퇴성 출혈(estrogen withdrawal bleeding), 프로게스테론 파탄성 출혈(estrogen breakthrough bleeding)의 세가지 범주로 나눌 수 있으며 이 중 에스트로젠 파탄성 출혈의 형태가 가장 자주 관찰된다³⁾.

비정상 자궁출혈의 진단은 진단에 앞서 출혈부위를 먼저 확인한 다음 배란주기의 동반여부를 감별하고 기질적 병변인가 아닌가를 확인 후 병력청취, 이학적 검사, 검사실조건 등을 통해 진단하게 되는데, 기질성 자궁출혈을 제외한 기능성 자궁출혈의 경우 배란성과 무배란성으로 대별할 때, 무배란성이 거의 대부분을 차지하고 내분비계가 미성숙한 초경후 1-2년과 폐경기 전후에서 발생하는 경우가 많다. 무배란성 기능성 자궁출혈의 원인적 인자를 다시 청소년기, 가임기, 폐경기로 대별해 볼 때, 먼저 청소년기에는 내분비계의 미성숙이 원인이 되는데, 다낭성 난소증후군, 기타 영양문제 등의 체질적 요소, 조기 난소부전, 혈액응고계 이상 등도 고려해야 한다. 가임기 여성에서 가장 흔한 원인은 다낭성 난소증후군이며, 영양과 비타민 결핍, 간

장과 신장의 급만성 질환 등의 체질적 요소와 갑상선 질환과 같은 내분비질환, 스트레스 등의 정신적 요소도 고려되어야 한다. 폐경기에는 호르몬 불균형에 의한 경우가 가장 많은 부분을 차지한다^{13,14)}.

기능성 자궁출혈의 치료는 내과적 약물치료가 주가 되며 주로 프로게스테론이나 에스트로젠 제제 또는 복합 경구피임제의 스테로이드 호르몬 요법이 일차적으로 선택되고, 비스테로이드성 항염제와 항섬유소용해제, danazol, GnRH agonist 등이 치료에 이용된다¹⁵⁾. 이러한 약물치료의 목적은 소실된 자궁내막의 자연조절 기능을 회복시키고 자궁내막에서 일어나는 일련의 과정의 동시성(synchronicity)과 구조적 안정성, 그리고 혈관 운동성 리듬을 회복시켜 주는데 있다. 내과적 치료에 실패하였거나 내과적 치료가 금기일 때 외과적 치료를 시행한다¹⁶⁾.

한의학에는 임상과정으로 보아 기능성 자궁출혈, 부정자궁출혈과 과다부정자궁출혈 등이崩漏의 범주에 속한다고 볼 수 있다.崩漏란 《諸病源候論》¹⁾에서는 “非時血行 淋瀝不已 謂之漏下 忽然暴下 若山崩然 謂之崩中”이라 하여 병세가 급격하면서 대량의 출혈을 보이는 ‘崩’과 병세가 완만하면서 지속적인 소량의 출혈을 보이는 ‘漏’로 나누어 설명하고 있으나,崩과漏는 서로 轉化하므로 대개 개괄하여崩漏라 칭한다.崩漏의 병인은 다양하지만 기본적으로 《黃帝內經·素問·陰陽別論》¹⁷⁾의 “陰虛陽搏謂之崩”과 《黃帝內經·靈樞·百病始生篇》¹⁷⁾의 “陽絡傷則血外溢, 陰絡傷則血內溢”에 기초하고 있으며, 이 등⁵⁾의 문헌조사에서

는 그 원인을 첫째 氣血이 부족하거나脾胃 또는 子宮이 허약한 경우, 둘째 熱, 濕熱, 積冷, 風熱, 寒熱, 濕熱, 風寒 등 外氣로 인한 것, 셋째 思慮傷脾, 肝氣鬱結, 悲哀太甚, 思慮傷肝, 大怒, 思慮傷腎 등의 七情 및 넷째 跌撲損傷, 瘀血, 不慎性交, 飲食關係 등이라 하였다. 崩漏의 병기는 諸家學說을 종합하면 崩漏의 病源은 腎에 있으며, 대체로 虛, 熱, 瘀로 귀납할 수 있다. 일반적으로 임상에서는 陰虛血熱, 肝鬱血熱, 肝腎虧損, 腎氣虛, 脾氣虛, 血瘀 등을 崩漏의 주요 病機로 인식하고 있다²⁾.

치료는 “急則治其標, 緩則治其本”의 원칙에 따라 止血을 의미하는 塞流, 辨證에 따른 치료로 근원을 맑게 하는 澄源, 조리를 잘한다는 의미의 復舊 등 3가지 치법을 활용할 수 있다. 이는 明代 方約之의 《丹溪心法附餘》¹⁸⁾에 제시된 것으로 塞流에 해당하는 대표적인 治法은 固氣攝血法으로 出血의 정도가 어느 정도 조절되면 澄源, 復舊의 단계로 넘어가게 되며, 澄源은 調補肝腎, 補益心脾 등을 통해 血의 근원을 滋養하고 血室을 안정시켜서 月經을 규칙적으로 하게 하는 治法이며 復舊는 調理의 개념으로 대표적 治法으로 補腎法을 들 수 있다. 이러한 치료법은 현대의학에서 제시하고 있는 기능성 자궁출혈의 치료목적인 급성출혈의 지혈, 재발의 방지와 정상 월경주기의 회복 및 수태능력의 보존 등과 상관성이 매우 높다²⁾.

본 증례의 환자는 2005년경 6월 자궁출혈로 양방산부인과 초음파 검진상 별다른 원인이 없었고 호르몬 검사결과 내분비장애로 진단받고 약물복용을 하여 지혈되었으나 이후 1년간 매월 15일간

월경을 하는 이상양상 보여오다 2006년 5월 28일 월경시작과 함께 한달간 지속적인 자궁출혈을 보여 6월 29일 본원 한방부인과에 내원하였다.

환자의 임신반응검사에서는 음성으로 임신의 가능성은 보이지 않았고 입원당시 임상검사 소견상에서 1달간의 지속적인 하혈증상이 있었음에도 혈액검사상 RBC와 Hgb 수치가 정상보다 조금 감소한 것 외에는 특별한 이상소견은 발견되지 않았다. 성호르몬의 검사상에서는 LH/FSH의 비가 2:1이하이고 회발월경 혹은 무월경, 다모증 등의 증상이 없으므로 다낭성 난소 증후군에 의한 기능성 자궁출혈의 가능성을 배제할 수 있을 것이다¹⁹⁾. 또한 progesterone의 수치가 0.24ng/mL에 불과하고 estradiol 수치가 history상 내복약을 복용한 적 없이 20.68pg/mL인 것으로 보아 본 환자는 배란이 일어나지 않아 황체호르몬이 생성되지 않은 상태에서 낮은 농도의 estrogen의 지속적인 자극으로 인해 불규칙적이면서 기간이 증가된 출혈의 형태를 보이는 에스트로젠 파탄성 출혈을 의심할 수 있었다.

내원 당시 환자는 다소 예민한 성격의 소유자로 직업적 stress와 함께 현 증상의 재발 및 장기화로 인한 stress도 함께 가지고 있었으며 1년전부터 지속된 매월 15일간의 월경과 다시 시작된 한달간의 지속적인 下血로 인해 약간의 貧血과 眩暈이 있었고, 脈細弦하고 舌尖紅하며 厚白苔가 있었으므로 氣鬱과 血虛로 辨證하여 韓藥 및 鍼灸治療를 시행하였으며 이와 더불어 난소주기를 확인하고자 환자에게 B.B.T를 측정하도록 하였다. 먼저 초기치료에서는 장기간의 출혈을 일

단 몇개 하고자 塞流에 해당하는 처방으로 益胃升陽湯에 荊芥, 地榆, 側柏, 五靈脂, 大蘗 등의 止血劑를 加味하여 사용하였다. 益胃升陽湯은 《蘭室秘臧》²⁰⁾에 최초로 수록된 처방으로 補中益氣湯에서 白朮을 君으로 하고 神麩, 黃芩을 加한 것으로 血脫이 있을 때 먼저 胃氣를 助하여 '脾主攝血' 할 수 있도록 하여 止血을 돕고 그 다음 益氣를 할 목적으로, 白朮을 君으로 하고 神麩를 加하여 補脾益氣하고 黃芩을 加하여 清熱시키므로 血熱妄行을 멎게 하고 補中益氣湯으로 益氣升陽止血케 하는 효능이 있어 부인과에서는 崩漏와 帶下 등 症에 주로 사용되고 있다^{21,22)}.

益胃升陽湯 加味方 복용 후 출혈이 크게 감소하였으므로 앞서 언급한 것처럼 血의 근원을 滋養하고 血室을 안정시켜 月經을 규칙적으로 하게 하는 澄源의 단계에 해당하는 처방으로 調經種玉湯을 처방하였다. 調經種玉湯은 《濟陰綱目》²³⁾에 수록된 처방으로 調經에 기본방인 四物湯에 開鬱調經하고 諸氣鬱滯와 水升火降에 사용하는 交感丹(香附子, 白茯苓, 肉桂, 艾葉과 活血祛瘀止痛하는 玄胡, 牡丹皮, 理氣하는 陳皮, 玄胡를 가미한 방으로 주로 七情所傷에 의한 不妊과 月經不調를 다스린다^{21,22)}.

그러나 調經種玉湯을 복용하던 중 다시 出血이 증가양상을 보여 益胃升陽湯 散劑를 함께 복용케 하였으며 출혈은 다시 감소하여 갈색의 극소량 양상을 보였다. 7월 23일에 월경의 양상으로 출혈이 시작되었으며 7일간 지속된 후 월경이 끝나며 더 이상의 출혈은 없었다. 월경 기간 동안은 活血祛瘀와 理氣止痛의 효

능이 있는 桂枝茯苓丸을 처방하여 월경을 순조롭게 할 수 있도록 보조해 주고자 2일간 복용시켰다.

이후 환자의 主訴症인 崩漏는 치료되었으나 아직 B.B.T상 고온기가 안정되지 못하고, 월경기간이 다소 길며 환자가 임신을 희망하고 있어서 치료를 계속 이어가기로 하였다.

崩漏의 근본원인인 腎을 補하여 조리시키고 생식능력을 보존하기 위해 復舊의 단계에 해당하는 처방으로 紫何車丸을 처방하였는데 이는 장기간 복용시 補腎하고 益氣養血할 수 있으며 또한 당제보다 복용이 간편하여 장기간 조리시키는 데에 장점이 있다. 紫何車丸은 紫何車를 가수분해하고 멸균공정을 거쳐 동결건조조한 분말을 하나의 캡슐에 0.25g씩 넣어 3캡슐씩 1일3회 복용케 하였는데 紫何車는 味甘鹹하고 性溫하며 益氣養血하고 補腎精하여 滋補強壯하는 효능이 있고 本品 자체에 각종 세포증식인자, 혈액응고인자와 각종 호르몬 및 그 전구체를 함유하고 있다²⁴⁻²⁶⁾. 따라서 각종 虛損, 精血不足 증후에 사용하며 여성호르몬 감소로 인한 골다공증과 생식능력저하에 효과를 나타냄이 실험적으로 밝혀지고 있다²⁷⁻³⁰⁾.

본 증례의 환자는 紫何車丸을 계속 복용중이던 8월 24일과 9월 24일에 각각 2, 3차 월경을 하였으며 월경주기가 일정하였고, 기초체온 측정결과도 저온기와 고온기가 좀 더 뚜렷해져 난소주기가 회복되는 양상의 그래프를 보였다. 다만 월경일수가 지난 1년간 보름씩 월경을 했던 것에 비하면 호전된 상태이나 정상일수보다 다소 긴 상태이므로 계속적인 치료가 필요할 것으로 생각되었다.

이상의 치료과정과 같이 증상의 소실이 치료를 마감하는 기준이 되어서는 안되며, 환자의 병정에 따라 塞流, 澄源, 復舊의 치료과정에 맞는 적절한 치료를 순차적으로 적용하여 관리해 주는 것이 증상의 재발을 방지하고 기능이 저하된 장부를 정상적으로 회복시키는 데에 더욱 도움이 될 것이라는 결론을 얻을 수 있었다.

鍼治療는 血海, 太衝, 三陰交, 隱白, 中極 등의 經穴을 사용하였는데, 입원기간에는 매일 1회씩, 통원치료기간에는 래원일마다 1회씩 刺鍼하였으며, 鍼治療 후 關元穴에 施灸하였다^{31,32)}. 이 穴들의 穴性은 血海穴은 調血清血, 宣通下焦, 和營, 清熱하며, 三陰交穴은 健脾化濕, 疏肝益腎, 通氣滯, 疎下焦, 調血室하며, 隱白穴은 調血統血, 扶脾溫脾, 清心寧神, 溫陽回厥하고, 太衝穴은 清熄肝火肝陽, 疏泄下焦濕熱하며 中極穴은 調氣化, 理下焦, 調胞宮, 利膀胱, 利濕熱하며, 關元穴은 培腎固本, 補氣回陽, 溫調血室, 祛除寒濕陰冷하는 작용이 있다⁷⁾.

기능성 자궁출혈 특히 본 증례와 같이 지속적인 소량의 출혈이 몇 달에 걸쳐 계속되는 경우 임상적으로 철결핍성 빈혈, 피로, 불안감, 우울증 등을 야기하게 되고 사회생활의 위축이 초래되므로 전반적인 삶의 질이 낮아지는 결과를 초래하게 된다. 따라서 출혈을 빠른 시간내에 멈추게 하고 이러한 기능성 출혈이 생기는 근본원인을 한의학적 변증을 통해 알아낸 후 적절히 치료함으로써 월경주기를 회복시켜 배란이 정상적으로 되도록 한다면 최종적으로 전반적인 삶의 질을 개선시킬 수 있게 되므로 한의학적 치료가 증상의 치료 뿐만 아니라 더욱 많은 장점을 가진다고 볼 수 있다.

치료과정 중 9월 8,9일에 걸쳐 월경주기의 사이에 다시 소량의 출혈이 있었으나 이는 기초체온으로 보아 배란기 출혈로 보이며 이를 제외하고는 비정상적인 자궁출혈이 모두 멈추고 10월 초까지 규칙적인 월경주기를 보이고 있으며 기초체온표의 그래프 양상이 점차 정상적인 난소주기의 형태를 회복하므로 탕약 및 침구치료로 유의한 효과를 거두었음을 알 수 있다. 이상의 치료경과에서 양방의 약물복용으로 인한 부작용을 우려하여 한방적 치료를 위해 내원한 기능성 자궁출혈환자를 한의학적인 辨證施治에 의거하여 치료한 결과 단기간에 유의한 효과를 거두었으나, 출혈량을 정확히 측정하지 못하고 환자의 주관적 호소만으로 판단했던 것과 침치료의 패턴을 한약과 같이 변화를 주지 못한 점이 아쉬웠으며 이후 많은 임상례와 다양한 한의학적 치료법에 대한 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 結 論

본 증례의 환자는 1개월 이상 지속되는 지속적인 자궁출혈을 主訴症으로 경원대학교 서울한방병원 부인과에 입원 및 외래 치료한 경우로 崩漏의 치료원칙인 塞流, 澄源, 復舊의 治法에 의거한 처방의 선택과 침구치료를 병행한 바 출혈이 중단되고 난소주기를 회복하여 한의학적 치료가 崩漏에 유의한 효과가 있음을 확인할 수 있었다.

- 투 고 일 : 2006년 10월 23일
- 심 사 일 : 2006년 10월 30일
- 심사완료일 : 2006년 11월 06일

參考文獻

1. 巢元方. 諸病源候論校釋. 北京: 人民衛生出版社. 1982:1062-1071.
2. 한의부인과학 편찬위원회. 한의부인과학(상). 서울: 도서출판 정담. 2001: 157-162.
3. 대한산부인과학회 교과서편찬위원회. 부인과학. 서울: 도서출판 칼빈서적. 1997:151-161.
4. 金淳烈, 李泰均. 崩漏의 治法에 대한 文獻的 考察. 大韓韓方婦人科學會誌. 1993;6(1):49-56.
5. 이희수, 강효신. 崩漏症(부정자궁출혈)의 원인에 대한 문헌적 연구. 大韓韓方婦人科學會誌. 1987;1(1):11-20.
6. 강명자, 송병기. 月經過多에 관한 文獻的 考察. 大韓韓方婦人科學會誌. 1988;2(1):1-7.
7. 鄭仁基, 高炯均, 金昌煥. 崩漏의 鍼灸治療에 관한 考察. 大韓韓方婦人科學會誌. 1989;3(1):33-48.
8. 주병주 등. 5개월간 지속된 하혈을 주증으로 입원한 환자 치험 1예. 大韓韓方婦人科學會誌. 2002;12(2):170-177.
9. 오재성 등. 비정상자궁출혈 환자 3예에 대한 임상보고. 大韓韓方婦人科學會誌. 2003;16(3):185-193.
10. 김경직 등. 崩症 양상의 기능성 자궁출혈 治驗1례. 大韓韓方婦人科學會誌. 2003;16(3):200-207.
11. 이진아 등. 崩漏 환자 10예에 대한 임상보고. 東醫生理病理學會誌. 2005;19(5):1427-1432.
12. 강용구, 김송백, 조한백. 기능성 자궁출혈 치험1례. 大韓韓方婦人科學會誌. 2005;18(2):195-202.
13. 최유덕. 새임상부인과학. 서울:도서출판 고려의학. 2001:283-303.
14. 민부기. 기능장애성 자궁출혈의 임상 및 병리학적 고찰. 大韓產婦會誌. 1994;37(5):845-848.
15. 이태형. 기능성 자궁출혈의 치료. 大韓產婦會誌. 1994;37(4):622-631.
16. 구병삼. 임상 부인과 내분비학. 서울:고려의학. 2001:193-204.
17. 권건혁. 편집 황제내경. 서울:반룡. 2000:22,431.
18. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:대성문화사. 1982:717.
19. 강길전. 여성생식의학. 서울:대관출판사. 1998:167-189.
20. 李東垣. 蘭室秘藏. 서울:여강출판사. 1986:745-526.
21. 윤용갑. 동의방제와 처방해설. 서울:의성당. 1998:313.
22. 신재용. 방약합편해설. 서울:신광문화사. 1993:35-36.
23. 武之望. 濟陰綱目. 台北:旋風出版社. 1978:202
24. 임은미. 여성본초학. 부천:전국의학. 2005:59-61.
25. 장소영 등. 자하거약침의 월경통에 대한 효과. 大韓針灸學會誌. 2005;22(6):85-92.
26. 전국한의과대학 본초학교수. 본초학. 서울:영림사. 1998:567-568.
27. 최금희 등. 자하거가 난소적출로 골다공증을 유발한 흰쥐에 미치는 영향. 大韓韓方婦人科學會誌. 1999;12(2):75-100.
28. 장수진, 이창현, 육태한. 자하거 녹용홍화자 약침액이 난소적출로 골다공증을 유발한 흰쥐에 미치는 영향. 大

- 韓韓醫學會誌. 1998;19(1):5-18.
29. 이상룡, 김영안. 자하거 전탕액이 난소적출로 유발된 흰쥐의 골다공증에 미치는 영향. 大韓針灸學會誌. 1999; 16(4):213-221.
30. 김로사 등. 자하거가 노화생쥐의 생식능력에 미치는 영향. 大韓韓方婦人科學會誌. 2002;15(2):56-69.
31. 허준. 정교 동의보감. 서울: 한미의학. 2001:183.
32. 최용태 등. 침구학(하). 서울: 집문당. 2000:1343-1344.