

만성 전립선염에 대한 국내 한의학 임상 논문 경향 분석

이지윤, 조은유, 박상민, 최세롬, 신재욱, 백지훈, 이은지
도솔한방병원

A Review of Domestic Research on Traditional Korean Medicine for Chronic Prostatitis in Clinical Research Papers

Ji-yoon Lee, On-you Jo, Sang-min Park, Sae-rom Choi, Jae-wook Shin, Jee-hoon Baek, Eun-jee Lee
Dosol Korean Medicine Hospital

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted to examine the current status of traditional Korean medicine studies on chronic prostatitis in Korea, identify deficiencies, and suggest future medicine research methods to lay the foundation for traditional Korean medicine treatment.

Methods: All domestic clinical research papers on the traditional Korean treatment of chronic prostatitis were selected from the literature published until October 2023 in three domestic databases. A total of 13 selected research data were classified into clinical research papers.

Results: In clinical research papers, the basis for the diagnosis of cases was clinical symptoms through medical history listening and diagnosis through past visits to hospitals. The average treatment period was 7 weeks, and the duration of treatment was not significantly affected by the duration of the disease. The most widely used Korean medicine treatment intervention was herbal medicine.

Conclusions: This study included all domestic clinical research papers on chronic prostatitis to identify research trends in the Korean oriental medicine community. Based on this, it is meaningful to confirm areas that need to be supplemented in future research plans.

Key words: chronic prostatitis, chronic non-bacterial prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, traditional Korean medicine, herb medicine, acupuncture

1. 서론

만성전립선염은 남성에게 흔한 비뇨기계 질환이다. 만성전립선염의 호발연령은 전립선 비대증 및 전립선암과 비슷하게 나이가 많을수록 증가하는

경향을 보이는데, 50대 이후에 급격히 증가하며, 후향적 연구에 의하면 만성전립선염의 병력을 가진 환자는 50대 이후에서 50% 이상을 차지한다¹. 만성전립선염의 가장 흔한 증상은 회음부 통증, 성기 끝의 통증, 배뇨통 등 하부요로계 증상이며, 몇몇 환자들은 또한 어지럼증, 피로, 기억력의 감소, 성기능의 장애와 우울증을 경험하기도 하며 삶의 질에 큰 영향을 미친다^{2,3}.

전립선염은 국제보건기구(National Institutes of Health, NIH)에서 제시한 분류기준에 의해 4가지

· 투고일: 2023.11.14, 심사일: 2024.01.12, 게재확정일: 2024.01.13
· 교신저자: 이지윤 경기 평택시 비전5로 20-30
도솔한방병원 평택점
TEL: 1811-1075
E-mail: llleoll6@gmail.com

의 카테고리로 나뉜다. Category I은 급성 세균성 전립선염, Category II는 만성 세균성 전립선염, Category III는 만성 비세균성 전립선염/만성 골반통 증후군, Category IV: 무증상 염증성 전립선염으로 나누고 Category III는 전립선액에 백혈구가 존재하는지 여부에 따라 Category IIIa: 염증성 만성 골반통 증후군과 Category IIIb: 비염증성 만성 골반통 증후군으로 분류⁴되는데, 일반적으로 만성 전립선염은 대개 Category III을 의미한다.

세균성으로 나타난 전립선염은 항생제 투여를 위주로 하여 비교적 호전과 치료가 빠르나, 비세균성 전립선염의 경우 치료가 잘 되지 않고 재발을 반복하는 경우가 많다. 비세균성 전립선염의 치료는 아직까지 표준 치료가 정립되지 않아 다양한 치료법이 시도되고 있지만, 치료적인 측면에서 만족스러운 결과를 얻지 못하고 있다. 최근 현대의학에서는 만성전립선염 환자의 회음부에 체외충격파를 적용해서 통증을 완화시키는 EM(Electro magnetic) 방식의 체외충격파 기술이 신의료기술평가위원회의 심의를 통과하였지만, 역시 확실한 효과는 불분명하다.

이전부터 Traditional Chinese Medicine(TCM)는 만성전립선염의 TCM 단독 치료 및 현대의학과 중의학 통합 치료를 활발하게 연구해왔다. 특히 만성전립선염 환자에게 TCM을 이용한 최근 5년간의 RCT연구결과에 따르면 LIU Sheng-jing는 tamsulosin과 Guihuang Formula(歸黃方)의 치료효과를 비교하여 Guihuang Formula가 습열혈어형(濕熱血瘀型) 만성 전립선염/만성 골반통 증후군을 치료하는 데 효과적임을 주장⁵하였고, Kai Zhang은 플라시보 군과 두화료(頭花蓼), 백모근(白茅根), 대풍등(大風藤), 선학초(仙鶴草), 부용엽(芙蓉葉), 연교(連翹)로 구성된 NMT capsule(Ningmitai Capsule) 군을 비교하여 NMT가 위약보다 만성전립선염 및 만성골반통증증후군 치료에서 더 나은 결과를 제공했으며 특히 통증 증상이 개선되었음을 주제로 연구하였다⁶.

만성전립선염에 대한 TCM의 활발한 연구에도 불구하고, 각 나라에서 주로 사용하는 약재를 포함한 임상환경의 차이로 인해 TCM의 연구결과를 그대로 국내 한방 의료기관의 임상 현장에서 적용하기는 무리가 있으며, 이로 인해 국내의 임상현장을 반영하는 지속적인 국내 연구가 필요하다. 만성전립선염의 유병률이 증가하고 보완대체의학의 필요성이 증대됨에 따라, 앞으로도 만성전립선염에 대한 한의학적 중재의 유효성과 안전성 검증에 관한 연구가 적극적으로 진행되기 위하여 국내의 임상 논문을 위주로 만성전립선염의 한의학 연구 동향을 파악하고 앞으로의 연구의 방향성을 제시하려 한다.

본 연구는 국내의 만성전립선염에 대한 한의학 연구들의 현황을 살펴, 대다수를 차지하는 중례 위주의 임상연구에서 국내 논문 데이터베이스를 통해 검색한 자료를 분석하였다. 또한 연구결과, 연구 시행 단계에 따른 방식을 전반적으로 고찰하고 보완점을 제시하여 추후 연구의 방향성을 제안하였다.

II. 본 론

1. 연구 대상 및 선별방법

논문 검색은 국내 논문 데이터베이스 중 한국학술정보(<http://kiss.kstudy.com>), OASIS전통의학 정보포탈(<https://oasis.kiom.re.kr/>)을 이용하였다. 논문 발행 기간에 제한을 두지 않고 2023년 10월 31일까지 데이터베이스에 등록된 모든 문헌을 검색하였다. 한국학술정보 검색 엔진 키워드는 “만성 골반통증 증후군”, “만성 비세균성 전립선염”, “만성 세균성 전립선염” OR “만성 전립선염” and “한의학”, “만성 전립선염” and “한약”, “만성 전립선염” and “침”, “chronic prostatitis” and “traditional korean medicine”, “chronic prostatitis” and “herbal medicine”, “chronic prostatitis” and “acupuncture”을 사용하였다. 문헌 검색결과 총 62편이 검색되었

다. 검색된 논문 중 중복논문 24편을 제외하고, 38편의 논문 중에 만성전립선염을 주제로 다루지 않은 논문 1편, 임상연구가 아닌 논문을 제외한 23편

의 논문 중에 한의학 치료와 관련이 없는 논문 2편, 원문을 찾지 못한 논문 8가지를 제외하고 15편을 검색하여 이를 분석하였다(Fig. 1, Table 1).

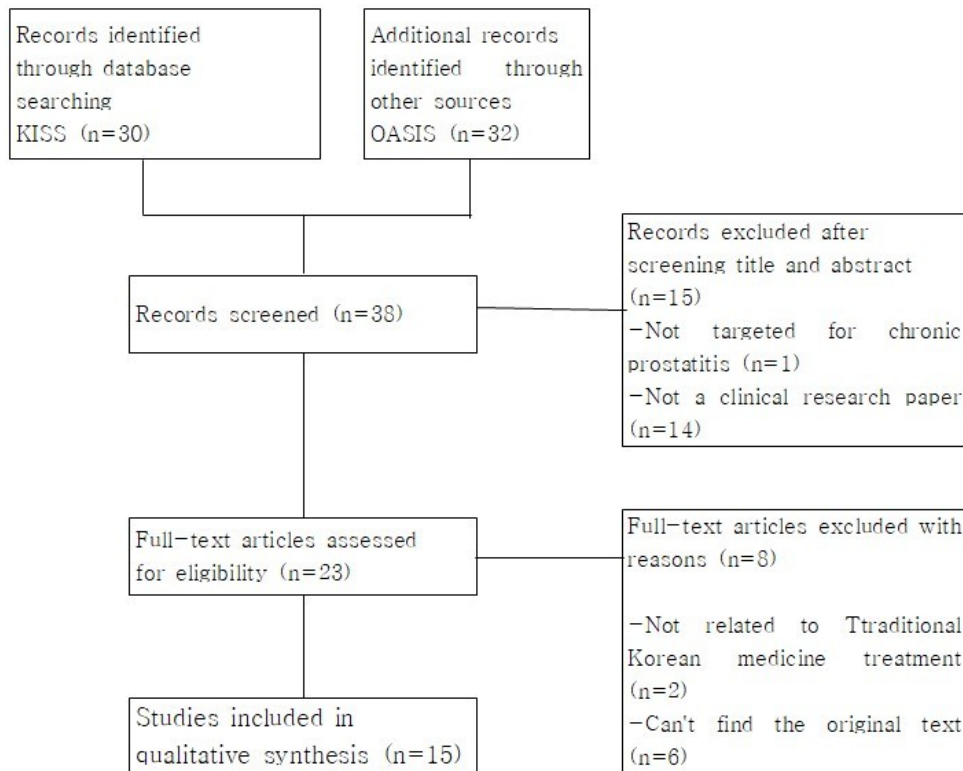


Fig. 1. The flow chart for data preparation.

Table 1. The List of Clinical Researches

Author	Year	Title	Journal
Case report			
Park DY ⁷	2023	A Case Report of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Treated with Hooeum Bee-venom Therapy and Balio Acupuncture Treatment	J. Int. Korean Med
Lee SH ⁸	2020	A Case Report of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome(CP/CPPS) treated with Gyejibokryeong-hwan	J. Int. Korean Med
Kim SJ ¹⁰	2015	Chronic Non-Bacterial Prostatitis Treated with Additional Immune Pharmacopuncture: A Case Report	J. Int. Korean Med
Cho CJ ¹⁷	2004	A case report for subject symptom and WBC numerical index change of non-bacterial chronic prostatitis disease by Bojungiki-Tang	J. Int. Korean Med

Case series			
Yu BK ⁹	2016	Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome 6 Case Series	J Physiol & Pathol Korean Med
Youn SS ¹¹	2010	A Retrospective Study on 15 Patients of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome	J. Int. Korean Med
Lee SH ¹²	2007	A Clinical Study of Medical Care on Chronic Prostatitis	J. Int. Korean Med
Cho CS ¹³	2006	The clinical study on chronic bacterial prostatitis	Oriental Medicine Research Institute of Daejeon University
Shin KH ¹⁴	2005	The case clinical report for chronic proststis by hominis placenta herbal-acupuncture	The Journal of the Korea Institute of Oriental Medical Informatics
Sim KJ ¹⁵	2004	Clinical Report of Two Patients with Chronic Prostatitis	J. Int. Korean Med
Sim KJ ¹⁶	2004	The Clinical Effects of Oriental Medical Therapy on Chronic Prostatitis	J. Int. Korean Med
Son KJ ¹⁸	2003	Effect of Kamipaejangjihwang-tang on Chronic Prostatitis	Korean Journal of Oriental Physiology & Pathology
Chae SS ¹⁹	1995	A Clinical Study on the Treatment of Chronic Prostate with Imtak jeonje	Oriental Medicine Research Institute of Daejeon University
Randomized Controlled Trials			
Cho SC ³²	2002	The Clinical Study on Chronic Prostatitis and Sexual Dysfunction	Korean J. Oriental Physiology & Pathology
Song MK ³⁶	2008	The Clinical Effect of Bosingunyang-tang on Chronic Non-bacterial Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome : Randomized Double-blind, Placebo-controlled Clinical Trial	J. Int. Korean Med

2. 연구방법

선정된 총 15편의 연구 자료를 연도별 및 연구 형태에 따라 분류 및 분석하였다. 임상 논문은 임상 연구 유형, 대상자의 나이를 포함한 특징, 진단 기준, 이환기간, 치료기간, 임상 증상, 한의학 변증, 중재방법, 양약 병행 치료 여부, 평가 척도, 치료 결과, 부작용 등의 측면으로 분석하여 그 의미를 고찰하고 향후 국내 임상연구에서 보완할 점을 확인하였다.

3. 연구의 일반적인 분류

1) 연도별 분류

임상 연구의 유형은 2편³²을 제외하고 모두 증례 보고였으며, 국내 학회지에 1994년 최초로 논문이 발행된 이후 매년 평균 약 1.1편의 논문이 출간되었다. 2006년 발행된 논문이 4편으로 가장 많았고,

2020년 이후로 현재까지 2편이 출간되어 앞으로의 적극적인 연구가 기대되어진다.

2) 임상 논문 유형

임상 논문은 원문을 확인할 수 없는 다섯 편을 제외하고 총 15편으로 그중 case report 4편(27%), case series 9편(60%), RCT 2편(13%)으로 대부분이 증례보고임을 확인할 수 있다.

3) 학회지별 분류

총 4종의 학회지에서 출판되었으며 이 중 9편(60%)이 J. Int. Korean Med, 3편(20%)이 J Physiol & Pathol Korean Med, 2편(13%)이 Oriental Medicine Research Institute of Daejeon University, 1편(7%)이 The Journal of the Korea Institute of Oriental Medical Informatics에 출판되었다.

4. 연구 내용

1) 대상자의 나이

연구에 포함된 15편의 연구에 포함된 대상자는 630명이며 대상자 중 20대는 63명, 30대는 387명, 40대는 93명, 50대 12명, 60대 이후는 7명으로 구성되었다. Son¹⁸의 연구에서 연구대상자의 각 나이별 분포도 없이 평균값만 제시되어 제외하면, 연구 대상자 중 30대가 약 68%를 차지하며, 50대 이후가 차지하는 비율은 전체 연구대상자 중에 약 3%로 비교적 적다. 이 중 구체적인 나이의 개별값을 언급하지 않은 연구^{11,12,16,18,19,32,36}을 제외하였을 때, 연구 대상자의 최소나이는 28세, 최대나이는 63세로 나타났다. 단, 증례보고가 아닌 RCT형식을 포함한 Cho³²의 연구에서는 만성전립선염과 성기능 장애의 상관성을 연구하기 위해 환자군과 대조군을 각각 성적활동이 활발한 26세에서 40세의 청장년 30명으로 제한하여 선별하였으며, 마찬가지로 Song³⁶은 실험군 12명(평균 41.8세)과 대조군 10명(39.6세)의 나이를 18세에서 50세까지로 제한하여 선정하였다.

2) 진단기준

15편의 연구 중, 5편의 연구는 비뇨기과에서 소변검사와 전립선액 검사 등을 통해서 만성전립선염을 진단받고 한방 의료기관에 내원한 환자들을 대상으로 이루어졌다. 그 외에 대부분의 연구에서는 명확한 진단 과정이 기재되어 있지 않다. 두 편^{32,36}의 연구에서는 본원 전립선액 검사에서 만성 전립선염으로 진단된 환자를 실험군으로 선정하였고, Youn¹¹의 연구에서도 대상으로 선정된 15명의 환자 중 본원에서 새롭게 만성전립선염/만성 골반통 증 증후군 진단을 받은 환자가 포함되었으나, 그 대상자의 수와 방법은 기재되어 있지 않다. 한편 Cho¹³의 연구에서는 비뇨기과에서 만성전립선염을 진단 받고 온 연구 대상자에 대해 EPS test 및 유전자 검사를 의뢰하여 원인군 파악을 시도하였다.

3) 이환기간

15편의 연구 중 1편의 연구에서 정상 비교군으로 포함된 30례를 제외한 600례에서 발병일이 기재

되어있지 않은 경우^{11,18,32,36}을 제외하고, 발병일 1년 이내가 16례(26%), 1년에서 2년 사이가 16례(26%), 2년에서 3년 사이가 14례(23%), 발병한지 3년 이상인 경우 15례(25%)가 있다. 그 중 1례⁸는 이환기간이 40년으로 20대부터 악화와 호전을 반복하였다. 발병 후에 한방 의료기관을 내원하기까지 적게는 발병일 이후 1달, 길게는 40여 년이 지나고 내원한 환자까지 그 기간이 다양하였다. 또한 Song³⁶의 연구에서 실험군의 평균 이환기간은 약 4년이며 이전 6개월 중, 3개월 이상 증상이 지속된 경우를 선별하였다.

단, Chae¹⁹의 연구에서는 연구대상을 이환기간에 따라 분류하였으나 그 총합이 총 연구대상의 수와 차이가 있어 포함하지 않았다.

4) 치료기간

15편의 연구 중 2편의 연구에서 비교군으로 포함된 30례를 제외한 600례에서 적게는 14일가량, 길면 316일까지 치료가 이루어졌다. 2~4주가 8례, 4~8주가 64례, 8~12주가 6례, 12~24주가 6례, 24주 이상이 5례로, 평균 7주가량 치료하였고, 치료 후 증상은 소실되거나, 일상생활에 불편함이 없을 정도로 호전되었다. Cho³²의 연구에서는 4주 이상 치료를 받은 30례를 환자군으로 선별하였으며 평균 7.8±3.8주, 치료기간의 범위는 4주에서 20주 사이였고, Song³⁶ 6주 동안의 실험기간 이후에 나타난 결과를 비교하였다.

환자별 이환기간이 언급되지 않은 연구^{11,12,16,18,41}를 제외하고, 이환기간과 치료기간의 관계를 살펴보면 이환기간이 길고 적음에 따라 치료기간의 영향은 없었다. 또한 환자의 나이와 치료기간과의 관련성 또한 특별히 나타나지 않았다. 최소 치료기간인 44일의 경우 해당 증례에서 환자의 나이는 37세로, 20대 환자의 치료기간이 10~11주, 26~27주가 걸린 것에 비해 짧았으며, 63세의 환자의 경우 17주의 치료 기간 이후 증상이 완화되었다.

다만 Chae¹⁹의 연구에서는 치료기간을 변수로 두고 6주의 치료 시 치료효과가 가장 뛰어난을 주

장했으며, 연구 대상의 나이와 치료율이 반비례하는 상관성을 보였다.

5) 다빈도로 언급된 임상증상

임상 논문 15편 중, 10편에서 대상자의 임상증상이 직접적으로 기재되었으며, Youn 등^{11,13,18,19,36}의 연구에서는 각 그룹의 NIH-CPSI Score(NIH Chronic Prostatitis Symptom Index Score)의 평균점수를 통해 증상이 간접적으로 표현되었다. 만성전립선염의 임상증상은 크게 통증, 요로계증상 및 그 외 기타증상으로 나눌 수 있다. 직접적으로 증상이 기재되어있는 경우에, 유형에 관계없이 다빈도 순으로 나열하면, 빈뇨 42회, 하복통/회음부 통증 30회, 고환통증 25회, 잔뇨감 23회, 배뇨통 21회, 성기능장애 18회, 질박뇨 4회, 요도통증 3회, 요통 3회 순이었다. 통증은 주로 하복부나 회음부위로 나타났으며, 요로계 증상은 빈뇨가 가장 빈도가 높았다. 단, Cho³²의 연구는 임상증상이 직접적으로 기재되어 있었으나, 성기능장애를 주소증으로 내원한 환자만을 대상으로 연구하여 제외하였다.

6) 한의학 변증(Table 5)

증례 논문 13편 중, 10편에서 만성전립선염의 변증을 언급하였다. 연구대상이 되는 변증은 각 논문에서 하나로, 두 가지 이상이 결합되어있는 복합적인 변증을 대상으로 하는 경우는 가장 비중을 두고 처방한 변증을 기준으로 분류하였다.

사례군연구(case series)나 사례연구(case report)에 관계없이 국내 만성전립선염의 증례 연구에서 다빈도로 보고된 변증을 순서대로 나열하면, 총 10편중에서 신허형(腎虛型)(신양허(腎陽虛), 허증(虛證), 보신기본(補腎基本))이 6편, 하초습열형(下焦濕熱型)(소장실열증(小腸實熱證), 청열해독(淸熱解毒) 활혈화어(活血化瘀) 제습통림(除濕通淋))이 2편, 기체혈어형(氣滯血瘀證)이 1편, 중기부족증(中氣不足證)이 1편으로 신허(腎虛)에 비교적 비중을 두고 연구가 이루어졌음을 알 수 있다.

Case series의 경우 6편중에 5편이 신허형(腎虛型)에 속하는 환자를 대상으로 하였으며, case report

는 비교적 다양한 변증에 대한 연구가 이루어졌다. 현재까지 만성전립선염의 임상 연구대상이 된 총 환자 수 중, 하초습열형(下焦濕熱型)이 427명으로 가장 다수를 차지하나, 426명이 대상이 된 Chae¹⁹의 연구를 제외하면 만성전립선염의 신허형(腎虛型)에 속하는 증례연구 및 환자의 수가 6편, 100명으로 가장 많다.

한편 RCT 연구에서는 Song³⁶이 만성전립선염의 통증을 허증(虛症)으로 보고 환자군에 Bosingunyang-tang(BSGYT)을 처방하였고, Cho³²의 연구에서는 환자군을 비폐기허(脾肺氣虛), 습담(濕痰), 기혈허(氣血虛), 전립선의 염증이 우세한 4가지의 경우로 나누어 변증하여 처방하였다고 기재하였으나, 각 변증별 속하는 환자 수나 비율, 구체적인 투약내용은 나와있지 않아 제외하였다.

7) 만성전립선염의 분류(Table 4)

15편의 논문 중, 그 분류가 명확하지 않은 6개의 논문^{12,14-16,18,32}을 제외하고 나머지 논문에서 만성전립선염의 종류를 직, 간접적으로 기재하였다. 2개의 논문^{13,19}이 Category II(만성 세균성 전립선염)에 속하고, 7개의 논문은 Category III(만성 비세균성 전립선염/만성 골반통 증후군)에 해당하였다. 한의학적 변증이 모호한 2편을 제외하고, 만성 세균성 전립선염은 하초습열형(下焦濕熱型)이 가장 많았고, 만성 비세균성 전립선염/만성 골반통 증후군의 신허형(腎虛型)에 관한 연구는 7편 중에 3편으로 빈도가 가장 높았다. 이 중 RCT연구 1편³⁶은 만성전립선염을 신허(腎虛)로 변증하여 실험군 12명에게 BSGYT를 처방하였다. 만성 세균성 전립선염에 관한 연구는 1995년도에 이루어진 한 편¹⁹을 제외하고 Cho¹³의 연구가 단독으로 이루어져 대다수의 연구가 만성 비세균성 전립선염/만성 골반통 증후군에 속하였다. 한편 Chae¹⁹의 연구에서는 전립선염의 종류를 직접적으로 기재하지는 않았으나, 전립선액의 정위배양 검사를 통해 직접 세균생장을 관찰하여 연구가 이루어졌으므로 만성 세균성 전립선염에 분류하였다.

8) 한의학적 증재 방법

임상 논문의 증재로 한약이 가장 많이 사용되었으며, 침, 약침, 뜬도 함께 사용되었다. 한약 단독으로 사용한 연구 4례^{8,18,19,36}를 제외하고 침^{13,17}, 침과 약침^{7,9,10,12,15,16}, 뜬과 침 치료¹¹를 한약과 병용하였다. Shin¹⁴의 연구에서는 침, 약침, 한약, 뜬을 모두 사용하였고, Cho³²의 연구에서는 치료방법으로 침, 뜬, 한약, 좌욕 및 훈증을 모두 사용하였다.

(1) 한약 증재

15편의 연구 중 구체적인 처방 대상과 기간을 알 수 없는 Cho³²의 연구를 제외하고, 13편의 증례 연구와 1편의 RCT연구를 분석하였다. 13편의 증례 중, 2편^{17,14}을 제외하고 각 연구는 연구 당 하나의 처방을 대상으로 하였다. 증례 연구의 대상이 된 처방을 다빈도 순으로 나열하면 가미육미지황탕(加味六味地黃湯)이 3편의 연구에서 처방되었고, 보중익기탕(補中益氣湯) 2편, 그 외 가미패장지황탕(加味敗醬地黃湯), 십미지황탕(十味地黃湯), 팔미지황탕가미(八味地黃湯加味), 계지복령환(桂枝茯苓丸), 십미도적산가미(十味導赤散加味), 인동소염방(忍冬消炎方), 전립선염방(前立腺炎方), 비해분청음(萹蘚分清飲), 무명방(無名方)이 1편씩 사용되었다. Case series의 경우 가미육미지황탕(加味六味地黃湯)이 3편의 연구에서, 총 47명의 환자에게 처방되었으며, case report는 보중익기탕(補中益氣湯), 비해분청음(萹蘚分清飲), 팔미지황탕가미(八味地黃湯加味), 계지복령환(桂枝茯苓丸), 십미도적산가미(十味導赤散加味) 하나씩 사용되었다(Table 6).

RCT연구의 경우 Song³⁶은 12명의 실험군에게 육미지황탕(六味地黃湯)의 가미방인 BSGYT(Bosingunyang-tang)을 처방하였고, Cho³²의 연구에서는 보중익기탕(補中益氣湯), 정전가미이진탕(正傳加味二陳湯), 육미지황탕(六味地黃湯), 쌍화탕(雙和湯), 탁미소독음(托裏消毒飲)을 환자의 증상에 따라 우슬(牛膝)(*Achyranthis Japonicae Radix*), 차전자(車前子)(*Plantago asiatica* Linn), 백화사설초(白花蛇舌草)(*Oldenlandia Diffusa*), 금은화(金銀花)(*Lonicera*

japonica Thunb)를 가미하여 처방하였다고 보고하였으나, 각 처방 구체적인 가감 여부 및 대상, 수, 투여기간 및 중복 처방 여부 등을 알 수 없기에 제외하여 분석하였다. 한편 case series 중 보중익기탕(補中益氣湯)을 사용한 연구¹⁴에서 육미지황탕(六味地黃湯)을 함께 사용하여 치료하였다고 언급하였으나, 투약 내용에서 육미지황탕(六味地黃湯)을 확인할 수 없었기에 제외하여 보중익기탕(補中益氣湯) 단독으로 표기하였다.

임상 연구의 대상이 된 총 12개의 처방에서 2회 이상 사용된 약재를 분석하면, 지황(地黃)(*Radix Rehmanniae Preparata*) 6회, 천련자(川棘子)(*Fructus Toosendan Seu Meliae Azedarach*), 복령(茯苓)(*Poria*), 작약(芍藥)(*Paeoniae Radix Rubra*), 산수유(山茱萸)(*Fructus Corni*), 당귀(當歸)(*Radix Angelicae Sinens*)가 5회, 목단피(牡丹皮)(*Cortex Moutan Radicis*), 택사(澤瀉)(*Alismatis Rhizoma*), 감초(甘草)(*Glycyrrhiza uralensis Radix*), 산약(山藥)(*Rhizoma Dioscoreae*)이 4회, 시호(柴胡)(*Radix Bupleuri*), 금은화(金銀花)(*Lonicera japonica* Thunb), 패장(敗醬)(*Patriniae Radix*), 포공영(蒲公英)(*Taraxaci Herba*), 황기(黃芪)(*Astragali Radix*), 구기자(枸杞子)(*Lycium chinense* Mill), 진피(陳皮)(*Citri Pericarpium*)가 3회, 호장근(虎杖根)(*Radix et Rhizoma Reynoutriae*), 고삼(苦蔘)(*Sophora flavescens* AIT), 차전자(車前子)(*Plantago asiatica* Linn), 목통(木通)(*Akebia quinata* Stem), 지골피(地骨皮)(*Lycium chinense Rhizodermis*), 조각자(皂角刺)(*Gleditsiae Spina*), 인삼(人蔘)(*Ginseng Radix*), 백출(白朮)(*Atractylodes macrocephala* Koidzumi), 황금(黃芩)(*Radix Scutellariae*), 황련(黃連)(*Coptis Rhizoma*), 황백(黃柏)(*Phellodendri Cortex*)이 2회 이상 사용되었다(Table 7).

(2) 침치료 및 약침치료 증재

15편의 연구 중, 11편에서 침치료 및 약침치료를 치료 증재로 사용하였다. 만성전립선염 연구에 사용된 혈위는 다빈도 순으로 삼음교(三陰交)(SP6) 8회, 관원혈(關元穴)(CV4), 곡골(曲骨)(CV2) 7회,

내관(內關)(PC6) 5회, 음릉천(陰陵泉)(SP9), 조해(照海)(KI6) 4회, 태충(太衝)(LR3), 수도(水道)(ST28), 회음(會陰)(CV1) 3회, 상료(上膠)(BL31), 치료(次膠)(BL32), 중료(中膠)(BL33), 하료(下膠)(BL34), 합곡(合谷)(LI4), 곡지(曲池)(LI11), 족삼리(足三理)(ST36), 중완(中脘)(CV12), 상완(上脘)(CV13), 하완(下脘)(CV10), 승장(承漿)(CV24), 백회(百會)(GV20), 경거(經渠)(LU8), 복류(復溜)(KI7), 태백(太白)(SP3), 태계(太谿)(KI3), 백회(百會)(GV20), 천추(天樞)(ST25) 1회 순으로 사용되었다(Table 8).

약침을 치료중재로 사용한 연구는 7례로, 그 중 2례^{7,9}는 SBV약침(기린 한의원 부설 원외탕전실(원주, 한국), 풀뿌리 원외탕전실), 1례¹⁰는 V약침(대한면역약침학회)이 쓰였다. 2010년 이전에는 3례의^{12,15,16} 연구에서 황련(黃連)(Rhizoma Coptidis), 황백(黃柏)(Cortex Phellodendri), 황금(黃芩)(Radix Scutellariae), 치자(梔子)(Fructus Gardeniae)을 증류추출한 약침이 사용되었고, Shin¹⁴의 연구에서는 보신(補腎)의 의미로 자하거(紫河車) 약침을 사용하였다. 약침 치료 시 회음(會陰)(CV1)이 7례에서 사용되었고, 그 중 4례의 연구^{7,12,15,16}에서 다른 혈위 없이 회음(會陰)(CV1)에 0.5~1 cc를 단독으로 주입하였다.

뜸치료를 치료 중재로 사용한 3편의 논문^{11,14,32}에서 기해(氣海)(CV6), 관원(關元)(CV4), 중완(中脘)(CV12), 신수(腎俞)(BL23) 혈위를 사용하였다.

9) 양약 병행 치료

임상 논문 15편 중, 치료 시작일부터 한약을 단독 투여한 연구 6편^{10,14,16-18,36}이며, 일정 기간 동안 한약과 양약을 병행하다가 중도에 양약 투여를 일부 중단한 연구는 1편⁸으로, 병행 투여된 양약은 알파1-차단제인 자트랄엑스엘정 10 mg(qd), 항생제, 소염진통제이며 한방치료 1개월 후에 증상 완화되어 항생제와 소염진통제를 중단하였다. 그 외 연구 7편^{7,9,11-13,15,19}에서는 이전 비뇨기과 치료 과거력은 기재되어있으나 이후 연구 기간 중 비뇨기과 치료 지속 및 중단에 관한 언급이 없었다. 또한 Cho³²의 연구는 성기능장애를 주소로 내원하여 전

립선액 검사에서 만성 전립선염으로 진단된 환자군이 대상이며, 양약 복용 여부와 이전 전립선염의 과거력에 대해서 언급이 없었다.

10) 평가척도

15편의 임상 연구에서 만성전립선염의 한의학적 치료의 효과는 임상증상의 변화를 글로 서술하여 표현하였으며 평가도구나 지표를 활용하여 추가로 기재하였다. 2편^{19,32}를 제외한 모든 연구에서 공통적으로 사용하여 가장 다용된 평가도구는 만성전립선염 증상점수표(NIH Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI)로 14편의 연구에서 사용되었다. 그 외에 통증과 불편감의 호전정도를 평가하기 위한 지표로 호소하는 증상의 일부를 수치평가척도(Numerical Rating Scale, NRS)나 시각통증점수(Visual analogue scale score, VAS score)를 사용하여 개선 정도를 확인하였으며, Youn¹¹은 NIH-CPSI 외에도 국제 전립선 증상 점수표(International Prostate Symptom Score, IPSS)를 보조적으로 이용하여 치료 전후의 총점의 감소 변화를 기재하였다(Table 3).

2010년 이전의 연구에서는 4편을 제외하고 7편의 연구에서 모두 전립선액 검사(Extract Prostatic Secretion, EPS)를 활용하여 치료 전후의 변화를 관찰하였고, 2010년 이후의 연구에서는 1편¹¹에서 EPS를 통해 환자 군을 백혈구수 10개 이상인 군과 백혈구수 10개 미만인 군으로 분류하여, 치료 후 재검사 시 각 군의 백혈구 변화 양상을 통해 객관적으로 염증과 세균의 변화 유무를 확인하였다. 대부분의 연구에서 EPS를 통해 관찰된 wbc의 농도를 치료 전후의 염증변화를 확인하기 위한 평가지표로 삼았으나 Song³⁶은 PGE2 농도를 측정하여 치료 전후의 염증 변화를 측정하였다.

그 외 Cho¹⁷, Sim¹⁵의 연구에서 직장수지검사(Digital rectal examination, DRE)를 통해 전립선의 비대 여부와 표면을 관찰하였으며, Cho¹⁷은 맥진과 설진, 전립선액 세균정위배양으로 평가척도의 다양성을 확보하였다. Cho³²는 성기능 장애의 정도를 판단하기 위해 DSM-IV 정신장애 분류^{33,34} 중에

서 성장애를 중심으로 성욕장애(성욕감퇴), 성적 흥분장애(발기장애 : 유지능, 강직도, 직경감소), 절정감 장애(오르가즘 감소, 음경과 요도의 통증과 불편감, 사정전후 통증, 정액량 감소, 조루증), 기타(혈정증)로 분류하여 평가하였다.

11) 치료 결과

치료 결과는 2례^{19,32}를 제외하고 모두 NIH-CPSI 를 이용하여 측정하였으며, 치료 전후로 모두 총점이 감소되었다. 15편의 연구 중, 7개의 연구에서 치료 전후 점수 차를 NIH-CPSI의 세 가지 항목인 통증증상, 배뇨증상, 삶의 질로 카테고리를 나누어 기재하였으며(Table 2, Fig. 2), Song³⁶은 NIH-CPSI 평균 총점 및 EPS의 전후 변화와, 세 가지 항목 중에서 통증 증상의 점수를 감소율에 따라 나누어 실험군과 대조군을 비교하여 기재하였다. 나머지 5편의 연구에서는 단순히 총점의 감소만 기록하여 치료 후 각 증상 완화 정도를 구체적으로 파악할 수 없었다(Fig. 3).

NIH-CPSI의 세 가지 항목을 나누어 각 항목의 점수 변화를 비교해봤을 때 Youn¹¹의 연구에서 치료 후 WBC 수치, IPSS 총점 감소 및 NIH-CPSI 점수 개선에도 불구하고 백혈구수 10개 미만인 군(Category IIIb)에서의 배뇨증상은 측정된 다른 항목에 비해 크게 완화되지 않았으며, Sim¹⁵의 연구 1

례에서도 타 증상과 다르게 빈뇨 증상이 치료 전과 크게 다르지 않은 양상을 보였다. Sim¹⁶의 연구에서는 대상자들이 호소하는 통증 증상은 연구에서 93% 이상이 50% 이상의 감소율을 보였으나 삶의 질 부분에서는 크게 변화가 없다고 하는 사람도 1명 있었다. 또한 Son¹⁸의 연구에서도 회음부 및 하복부 등, 통증에 관하여 연구 대상자 전체가 완화되었으나, 배뇨증상은 2명(4%), 삶의 질의 개선은 1명(2%)이 치료 전과 변화가 없다고 응답하였다.

Youn¹¹의 연구에서는 NIH-CPSI 이외에 IPSS 총점의 변화를 함께 기재했는데, WBC가 10 이상인 군은 21.57±8.07에서 14.00±7.21으로 감소하였고, WBC가 10 이하인 군은 10.62±7.34에서 8.37±8.08으로 감소하였으며 연구 대상자의 전체군에서 치료 전 15.73±9.32점에서 치료 후 11.00±7.96점으로 변화하였다. 또한 Cho³²의 연구에서 각 개별 증상의 개선도로 측정환 환자군의 성기능 문제는 총 68.5%의 개선을 보였으며, 혈정증과 성욕감소는 완전히 소실되거나 90% 이상의 호전을 보고하였다. 발기장애와 절정감 장애도 치료 후 과반수 이상 개선되었다.

한편 Chae¹⁹의 연구에서는 하부요통을 제외하고 연구 기간 안에 완전히 치료되지 않은 증상이 대다수로, 이에 관해 증상의 경중, 대상자의 나이와 이환 기간에 따라 치료율이 달라질 수 있음을 시사하였다.

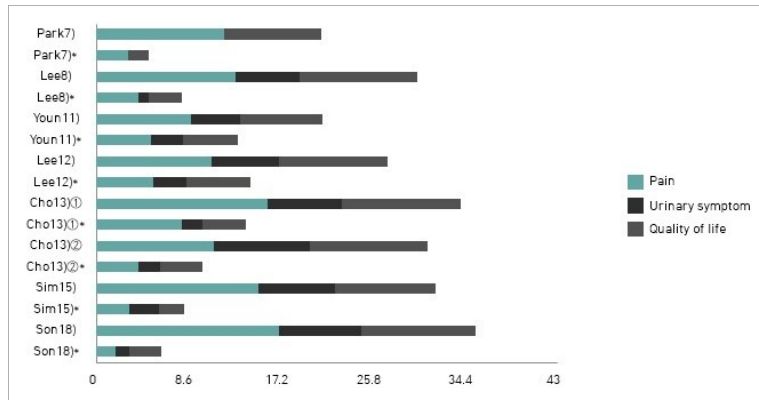


Fig. 2. Change of NIH-CPSI (changes in each classification).

* After treatment

Table 2. Change of NIH-CPSI (Changes in each Classification)

Author (year)	Case number	NIH-CPSI				
		Pain	Urinary symptoms	Quality of life impact	Total score	
Park ⁷ (2023)	1	12→3	0→0	9→2	21→5	
Lee ⁸ (2020)	1	13→4	6→1	11→3	21→4	
Youn ¹¹ (2010)	15	Total	8.86±4.12	4.66±3.61	7.66±2.55	21.20±7.52
			→5.13±3.97	→3.00±2.59	→5.13±2.06	→13.26±5.95
		WBC≥10/HPF	7.28±3.98	6.85±4.14	7.14±2.91	21.28±9.08
			→4.42±3.55	→3.42±2.29	→4.00±2.08	→11.85±6.30
	WBC≤10/HPF	10.25±3.95	2.75±1.58	8.12±2.29	21.12±6.51	
		→5.75±4.46	→2.62±2.92	→6.12±1.55	→14.50±5.75	
Lee ¹² (2007)	15	10.86±3.22	6.26±2.31	5±0.75	27.2±3.94	
		→5.4±3.01	→3.06±1.86,	→2.93±1.43	→14.6±5.27	
Cho ¹³ (2006)	①	16→8	7→2	11→4	34→14	
	②	11→4	9→2	11→4	30→10	
Sim ¹⁵ (2004)	30	15.17±2.78	7.20±1.40	9.30±1.42	31.67±3.84	
		→3.17±2.26	→2.77±1.33	→2.27±1.11	→8.20±3.26	
Son ¹⁸ (2003)	46	17.09±3.58	7.72±2.60	10.59±1.81	35.39±5.55	
		→1.91±3.31	→1.24±1.77	→2.96±1.85	→6.02±5.50	

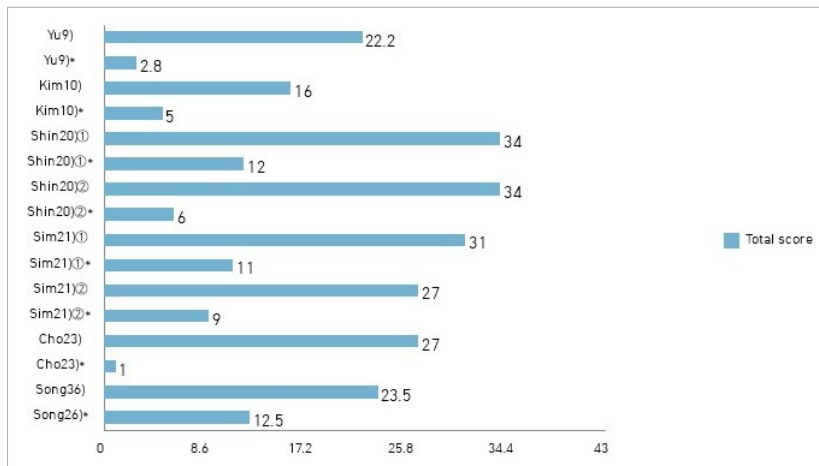


Fig. 3. Change of NIH-CPSI (changes in total score).

* After treatment

Table 3. Clinical Research about Chronic Prostatitis

Author	Sample size	Treatment period	Intervention	Result
Case report				
Park ⁷ (2023)	Age 54 (n=1)	8 months	herbal decoction (Palmijihwang-tang Gami), acupuncture (BL31, BL32, BL33, BL34), bee venom pharmacopuncture (SBV(10,000:1). CV1 0.5 cc)	The symptom of orchialgia, lower abdominal pain were improved. (VAS improved from 7 to 2, VAS improved from 6 to 1.) NIH-CPSI improved from 21 to 5. (Pain 12→3, Urinary symptoms 0→0, Quality of life impact 9→2)
Lee ⁸ (2020)	Age 63 (n=1)	4 months	herbal decoction (Gyejibokryeong-hwan)	NIH-CPSI improved from 21 to 4. (Pain 13→4, Urinary symptoms 6→1, Quality of life impact 11→3)
Kim ¹⁰ (2015)	Age 37 (n=1)	44 days	herbal decoction (Dojeokgangki-tang (Ext. granule), Simmidojeok-san Gami) acupuncture (LI4, PC6, LI11, LR3, SP6, ST36, CV13, CV12, CV10, CV24, GV20) pharmacopuncture (V. Both 前陽 0.2 cc, CV1 0.6 cc)	The symptom of nocturia, urgency, discomfort in perineum, were improved. (VAS improved from 8 to 1.) NIH-CPSI improved from 16 to 5.
Cho ¹⁷ (2004)	Age 30 (n=1)	316 days	herbal decoction (Bojungikgi-tang Gami, Bihaebuncheongum) acupuncture (阿是穴(Ashi points))	After treatment, symptom index score was decreased. also WBC numerical index by EPS test was decreased from many to zero. NIH-CPSI : improved from 27 to 1. EPS test : RBC 5-7→2-3, WBC many →(-), epi cell 10-15→5-7, Bacteria many→(-).
Case series				
	① Age 30 ② Age 30 ③ Age 43 ④ Age 28 ⑤ Age 28 ⑥ Age 43	① 166 days ② 116 days ③ 106 days ④ 76 days ⑤ 184 days ⑥ 97 days	①②③④⑤⑥ herbal decoction (Sibimijihwang-tang) bee venom pharmacopuncture (1:5000, 1:10000, 1:4000, 1:1000, CV6, CV4, CV2 0.1 cc, Both SP12, LR11, 0.1cc, CV1 3 cc), acupuncture treatment (LU8, KI7, SP3, KI3)	① NIH-CPSI improved from 22 to 1. ② NIH-CPSI improved from 16 to 4. ③ NIH-CPSI improved from 23 to 5. ④ NIH-CPSI improved from 23 to 0. ⑤ NIH-CPSI improved from 25 to 7. ⑥ NIH-CPSI improved from 24 to 0.

Youn ¹¹ (2010)	Mean of Age 40.93±10.51 (n = 15)	Mean of Treatment Duration 40.94±25.99 days	herbal decoction (Indongsoyeom-bang), acupuncture (GV20, PC6, KI6, SP9, SP6, ST25, CV4, CV2) moxibustion (CV6, CV4, CV12)	After treatment WBC numeral index by EPS test (WBC 0-9) and NIH-CPSI and IPSS decreased. (NIH-CPSI : Total score ① Total (All participants in the experiment) : 21.20±7.52→13.26±5.95 ② WBC≥10/HPF : 21.28±9.08→11.85±6.30 ③ WBC≤10/HPF : 21.12±6.51→14.50±5.75 Pain ① Total : 8.86±4.12→5.13±3.97 ② WBC≥10/HPF : 7.28±3.98→4.42±3.55 ③ WBC≤10/HPF : 10.25±3.95→5.75±4.46 Urinary symptoms ① Total : 4.66±3.61→3.00±2.59 ② WBC≥10/HPF : 6.85±4.14→3.42±2.29 ③ WBC≤10/HPF : 2.75±1.58→2.62±2.92 Quality of life impact ① Total : 7.66±2.55→5.13±2.06 ② WBC≥10/HPF : 7.14±2.91→4.00±2.08 ③ WBC≤10/HPF : 8.12±2.29→6.12±1.55) (IPSS : ① Total : 15.73±9.32→11.00±7.96 ② WBC≥10/HPF : 21.57±8.07→14.00±7.21 ③ WBC≤10/HPF : 10.62±7.34→8.37±8.08)
Lee ¹² (2007)	Mean of Age (Years) 45.46±10.02 (n = 15)	Mean of Treatment Duration (days) 66.22±33.81	herbal decoction (Yukmijihwang-tang-Gami), acupuncture (CV4, ST28, CV1, CV2, SP6, Sinjeon company New pointer SJ-106 DC-9V, 11.8 mA, 32 Hz, 3-4) pharmacopuncture (supercritical fluid extraction (黃連 (Rhizoma Coptidis), 黃柏 (Cortex Phellodendri), 黃芩 (Radix Scutellariae), 梔子 (Fructus Gardeniae)), CV1 1 cc)	NIH-CPSI improved from 27.2±3.94 to 14.6± 5.27. (Pain 10.86±3.22→5.4±3.01, Urinary symptoms 6.26±2.31→3.06±1.86, Quality of life impact 5±0.75→2.93±1.43.)
Cho ¹³ (2006)	① Age 46 ② Age 36	① 69 days ② 114 days	①② herbal decoction (Jeonlipsunyeom-bang) acupuncture (PC6, KI6, SP9, SP6, CV4, CV2, LR3)	According to DNA analysis, Streptococcus mitis and Veillonella was proved to be the cause for chronic bacterial prostatitis for each patients. After treatment, NIH-CPSI improved from severe to mild, and WBC counts on EPS decreased considerably from many to under 10. ① NIH-CPSI : improved from 34 to 14. (Pain 16→8, Urinary symptoms 7→2, Quality of life impact 11→4) WBC counts on EPS form many to 5-7. ② NIH-CPSI : improved from 30 to 10. (Pain 11→4, Urinary symptoms 9→2, Quality of life impact 11→4) WBC counts on EPS form many to 7-10.

Shin ¹⁴ (2005)	① Age 32 ② Age 40	①② 138 days	①② herbal decoction (Bojungikgi-tang, Yukmijihwang-tang) acupuncture (阿是穴 (Ashi points)) pharmacopuncture (Hominis placenta, CV1, CV2, each 0.5 cc) moxibustion (BL23, ogwangu)	① NIH-CPSI : improved from 34 to 12. EPS test : RBC 5-7, WBC many, Epi cell 15-20, Bacteria many. →6 months later, RBC 3-5, WBC 3-5, Epi cell 5-7, Bacteria (-). form many to 5-7. ② NIH-CPSI : improved from 34 to 6. EPS test: RBC 5-7, WBC many, Epi cell 10-15, Bacteria many. →6 months later, RBC 2-3, WBC (-), Epi cell 5-7, Bacteria (-).
Sim ¹⁵ (2004)	① Age 33 ② Age 32	① 28 days ② 35 days	herbal decoction (Yukmijihwang-tang-Gami), acupuncture (CV4, ST28, CV1, CV2, SP6, Sinjeon company New pointer SJ-106 DC-9V, 11.8 mA, 32 Hz, 3-4) pharmacopuncture (supercritical fluid extraction (黃連 (Rhizoma Coptidis), 黃柏 (Cortex Phellodendri), 黃芩 (Radix Scutellariae), 梔子 (Fructus Gardeniae)), CV1, 1 cc)	① (1) CBC : W.N.L (2) EPS test : WBC 50-60. (3) U/A test : WBC 1-3. (4) DRE (digital rectal examination) : Normal. (5) NIH-CPSI : 31. →4 weeks later, (1) EPS test : WBC 1-3. (2) U/A test : WBC 1-3. (3) NIH-CPSI : 11. ② (1) CBC : W.N.L (2) EPS test : WBC 10-20. (3) U/A test : WBC 0-1. (4) DRE (digital rectal examination) : Normal. (5) NIH-CPSI : 27. →4 weeks later, (1) EPS test : WBC 0-1. (2) U/A test : WBC 0-1. (3) NIH-CPSI : 9.
Sim ¹⁶ (2004)	Mean of Age (Years) 42.13±12.57 (n = 30)	Mean of Treatment Duration (days) 40.73±14.89	herbal decoction (Yukmijihwang-tang-Gami), acupuncture (CV4, ST28, CV1, CV2, SP6, Sinjeon company New pointer SJ-106 DC-9V, 11.8 mA, 32 Hz, 3-4) pharmacopuncture (supercritical fluid extraction (黃連 (Rhizoma Coptidis), 黃柏 (Cortex Phellodendri), 黃芩 (Radix Scutellariae), 梔子 (Fructus Gardeniae)), CV1, 1 cc)	NIH-CPSI improved from 31.67±3.84→8.20±3.26. (Pain 15.17±2.78→3.17±2.26, Urinary symptoms 7.20±1.40→2.77±1.33, Quality of life impact 9.30±1.42→2.27±1.11.)

Son ¹⁸ (2003)	Mean of Age (Years) 46.26±8.27 (n = 46)	45 days	herbal decoction (Kamipaejangjihwang-tang)	NIH-CPSI improved from 35.39±5.55 →6.02±5.50. (Pain 17.09±3.58→1.91±3.31, Urinary symptoms 7.72±2.60→1.24±1.77, Quality of life impact 10.59±1.81→2.96±1.85.)
Chae ¹⁹ (1995)	① 20s = 40 ② 30s = 311 ③ 40s = 75 (n = 426)	8 weeks	herbal decoction (無名方 (unknown-medicine))	Classified results by 4 criteria : 治癒 (healing) (42.95%), 顯效 (significantly improving) (44.19%), 有效 (effective) (8.23%), 無效 (ineffective) (4.96%). 4 Criteria : ① Subjective symptoms. ② EPS test : WBC count and bacterial culture test. ③ DRE (digital rectal examination). ④ Tongue diagnosis and Radial Artery Tonometry.
Randomized Controlled Trials (RCT)				
Cho ³² (2002)	Mean of Age (Years) (normal) 33.7±4.25 (n = 30) (Cronic prostatitis group) 32.7±4.45 (n = 30)	4 weeks	acupuncture (PC6 KI6 SP9 SP6 ST25 CV4 CV2), moxibustion (CV6, CV4, CV12), herbal decoction (Bojungkigi-tang, Zhengchuanjiaweierchen-tang, Yukmijihwang-tang-Gami, Ssanghwa-tang, Tarisodokyeum), Sitz bath/Herbal Steam Therapy (皂角刺 (Gleditsiae Spina))	Chronic prostatitis had effects on sexual dysfunction but there was no correlation between the degree of chronic prostatitis with sexual dysfunction. It also showed that the treatment of prostatitis had effects on improvements of erectile dysfunction and orgasmic disorder. Chronic prostatitis patients compared with normal group were increased significantly in decreased libido (73.3%), erectile dysfunction (51.1%), orgasmic disorder (48.7%) and hematospermia (16.7%). In WBC very many/HPF group compared with others, though sexual dysfunction was highly revealed, but there was no statistic significance. In improvement rate of prostatitis, total improvement rate was 76.7%. WBC 10-30/HPF group 77.8%, WBC many/HPF group 72.8% and WBC very many/HPF group 80%. But the medical cure effect was the highest in WBC 10-30/HPF group. In the improvement rate of sexual dysfunction, total improvement rate was 68.5%, hematospermia 100%, decreased libido 90.9%, erectile dysfunction 67.4% and orgasmic disorder 60.3%.

Song ³⁶ (2008)	Mean of Age Case (n=12) 41.8 Control (n=10) 39.6	6 weeks	Case Bosungnyang-tang (BSGYT) Control Placebo material (made of corn starch and lactose)	<p>After a 6-week treatment period, BSGYT improved clinical symptoms of CP/CPSP patients by decreasing PGE2 level in prostatic fluid. (NIH-CPSI total score) The mean decrease in NIH-CPSI total score was 11.0 among BSGYT participants, compared with 5.3 among the placebo participants. Of the 12 BSGYT participants, 10 (83.3%) responded (defined as > 25% improvement in NIH-CPSI), compared with 4 (66.7%) placebo participants. (NIH-CPSI pain score) In NIH-CPSI pain score, 10 participants of BSGYT responded (defined as decline of one third) compared to 3 participants of placebo group. (PGE2) PGE2 was decrease by 20.73 pg/dl in BSGYT group, 3.12 pg/dl in placebo group. PGE2 decrease was significant in the participants whose CPSI-pain score improved.</p>
------------------------------	--	---------	--	--

Table 4. Classification of Chronic Prostatitis

Frequency time of study (case number)	Pattern identification	Herb medication
Chronic bacterial Prostatitis		
1 (426)	下焦濕熱證	無名方
1 (2)	unclear	Jeonlipsunyeom-bang
Chronic non-bacterial Prostatitis/Chronic pelvic pain syndrom		
1 (15)	unclear	Indongsoyeom-bang Sibimijihwang-tang
3 (19)	腎虛型	Palmijihwang-tang Gami Bosungnyang-tang
1 (1)	中氣不足 (兼腎虛)	Bojungiki-tang
1 (1)	下焦濕熱證 (小腸實熱證)	Simmidojeok-san Gami
1 (1)	氣滯血瘀兼腎虛	Gyejibokryeong-hwan

Table 5. The Pattern Identification in Clinical Treatments of Study Case of Chronic Prostatitis

Frequency (time)	Pattern identification	Frequency time of study (case number)	
7	腎虛型 (腎陽虛, 虛證, 補腎基本)	Case report	1
		Case series	5 (99)
		RCT*	1 (12)
2	下焦濕熱證 (小腸實熱證, 清熱解毒 活血化瘀 除濕通淋)	Case report	1
		Case series	1 (426)
1	氣滯血瘀兼腎虛	Case report	1
		Case series	0
1	中氣不足 (兼腎虛)	Case report	1
		Case series	0

* Song³⁶, Case (N=12), Control (n=10).

Table 6. List of Herbal Medication in Clinical Treatments of Study Case of Chronic Prostatitis

Frequency time of study (case number)	Herb medication
Case series	
3 (47)	Yukmijihwang-tang-Gami
1 (46)	Kamipaejangjihwang-tang
1 (1)	Bojungikgi-tang
1 (6)	Sibimijihwang-tang
1 (15)	Indongsoyeom-bang (Taklisodokeum-Gami)
1 (2)	Jeonlipsunyeom-bang
1 (426)	無名方
Case report	
1	Bojungikgi-tang
	Bihaebuncheongeum
1	Simmidojeok-san Gami
1	Gyejibokryeong-hwan
1	Palmijihwang-tang Gami
RCT	
1 (12)	Bosungnyang-tang
Cho ⁴¹	
Bojungikgi-tang, Jungjungamiyjin-tang, Yukmijihwang-tang, SsangWhaTang, Taklisodokeum	

Table 7. List of Herbal Name

Frequency (time)	Herb name
6	地黃 (Radix Rehmanniae Preparata)
5	川楝子 (Fructus Toosendan Seu Meliae Azedarach), 茯苓 (Poria), 芍藥 (Paeoniae Radix Rubra), 山茱萸 (Frutus Corni), 當歸 (Radix Angelicae Sinens)
4	牡丹皮 (Cortex Moutan Radicis), 澤瀉 (Alismatis Rhizoma), 甘草 (Glycyrrhiza uralensis Radix), 山藥 (Rhizoma Dioscoreae)
3	柴胡 (Radix Bupleuri), 金銀花 (Lonicera japonica Thunb), 敗醬 (Patriniae Radix), 蒲公英 (Taraxaci Herba), 黃芪 (Astragali Radix), 枸杞子 (Lycium chinense Mill), 陳皮 (Citri Pericarpium)
2	虎杖根 (Radix et Rhizoma Reynoutria), 苦參 (Sophora flavescens AIT), 車前子 (Plantago asiatica Linné), 木通 (Akebia quinata Stem), 地骨皮 (Lycium chinense Rhizodermis), 皂角刺 (Gleditsiae Spina), 人參 (Ginseng Radix), 白朮 (Atractylodes macrocephala Koidzumi), 黃芩 (Radix Scutellariae), 黃連 (Coptis Rhizoma), 黃柏 (Phellodendri Cortex)
1	澤蘭 (Lycopi Herba), 貝母 (Fritillaria ussuriensis Maxim), 魚腥草 (Houttuynia cordata Thunb), 升麻 (Cimicifuga heracleifolia Komarov), 肉桂 (Cortex Cinnamomi), 小茴香 (Fructus Foeniculi), 玄胡索 (Rhizoma Corydalis), 炮附子 (Radix Aconiti Lateralis Preparata), 桂枝 (Cinnamomi Ramulus), 川芎 (Cnidii Rhizoma), 生薑 (Zingiber officinale Rhizome), 忍冬 (Lonicerae Folium et Caulis), 天花粉 (Trichosanthis Radix), 鷄內金 (Galli Stomachichum Corium), 覆盆子 (Rubus coreanus Miquel), 荊芥 (Schizonepeta tenuifolia Briquet), 防風 (Saposhnikovia divaricata Schischkin), 大棗 (Zizyphus jujuba), 麥門冬 (Liriope platyphylla Tuberous root), 半夏 (Pinellia ternata Tuber), 白芷 (Angelicae Dahuricae Radix), 豬苓 (Polyporus umbellatus (Pers.) Fries), 劉寄奴 (Artemisia anomala), 桑寄生 (Taxollus chinensis), 黃精 (Polygonatum stenophyllum), 金毛狗脊 (Cibotium barometz), 連翹 (Forsythia koreana), 續斷 (Dipsacus asper), 鹿含草 (Evolvulus alsinoides), 萆薢 (Tokoro Rhizoma), 石菖蒲 (Acorus gramineus Sol), 烏藥 (Linderae Radix), 益智仁 (Alpinia oxyphylla), 白花蛇舌草 (Oldenlandia Diffusa), 土茯苓 (Smilax china Linné), 蜈蚣 (Scolopendra), 甘菊 (Chrysanthemi Indici Flos), 山梔子 (Gardenia jasminoides Ellis), 茯神 (Poria), 杜沖 (Eucommiae Cortex), 巴戟天 (Morindae officinalis Radix), 鎖陽 (Cynomorii Herba), 牛膝 (Achyranthis Bidentatae Radix), 補骨脂 (Psoraleae Fructus), 遠志 (Polygalae Radix), 五味子 (Schizandrae Fructus), 砂仁 (Amomi Fructus)

Table 8. List of Acupoints in Clinical Treatments

Frequency (time)	Acupoints
Total	
8	SP6
7	CV4, CV2
5	PC6
4	SP9, KI6
3	LR3, ST28, CV1
1	BL31, BL32, BL33, BL34, LI4, LI11, ST36, CV13, CV12, CV10, CV24, GV20, LU8, KI7, SP3, KI3, GV20, ST25
Case report	
1	BL31, BL32, BL33, BL34, LI4, PC6, LI11, LR3, SP6, ST36, CV13, CV12, CV10, CV24, GV20
Case series	
6	SP6
7	CV4, CV2
5	PC6
4	SP9, KI6
3	LR3, ST28, CV1
1	LU8, KI7, SP3, KI3, GV20, ST25

III. 고 찰

전립선염의 일반적인 원인은 아직 명확하게 밝혀져 있지 않으며, 전립선 결석, 상부 요로 감염, 문란한 성생활, 전립선 및 회음부의 자극 및 외상, 방광경부 및 전립선 요도 근육 및 골반저 근육의 문제 등의 요소가 연관이 있다고 추측한다²⁰. 전립선염을 국제보건기구(National Institutes of Health, NIH)에서 제시한 4가지 분류기준(Category I, II, IIIa, IIIb, IV)에 근거하여 정의하면, 급성증상을 동반한 세균감염, 재발성 세균성 전립선염, 명확하게 확인할 수 없는 감염, 주관적 증상은 없지만 전립선에 염증이 발견된 경우로 나눌 수 있다. 만성 전립선염의 진단과 치료는 전립선 마사지 후 분비액의 백혈구 수치 및 세균배양검사가 필요하지만, 실제 임상에서는 대부분 환자의 증상에 의존하여 진단과 치료가 이루어진다¹⁵.

전립선염 환자의 5-10%에서만 원인균이 검출되며 나머지 90% 이상은 전립선액에서 염증세포가 발

견되지 않는 만성 비세균성 전립선염이다²¹. 만성 전립선염은 특정한 원인균이 발견되지 않으나, 환자들은 회음부 및 고환부위를 포함한 심한 통증 증상 및 빈뇨, 배뇨통과 같은 하부요로 증상이 나타나며 재발이 잦고, 때에 따라 성기능 장애와 그로 인한 우울감 같은 정신적인 문제도 함께 호소하여 환자들의 삶의 질은 매우 낮은 것으로 알려져 있다^{22,23}.

발생 기전과 원인이 규명되어있지 않기 때문에 치료는 환자의 증상 완화를 목적으로 하는 대증요법을 기본으로 하고, 항생제의 경우 일반적으로 만성전립선염 환자에 있어서 초기부터 사용하나 투여 시 일시적으로라도 증상이 호전되지 않는다면 계속 시행해서는 안된다고 하였다. 또한 진통제는 전립선염에서 대부분 사용되고 있으며 비스테로이드성 소염제의 단기투여는 적당한 치료 옵션으로 생각되고 있으나 위장관, 심혈관계의 부작용으로 장기간 복용은 권장되지 않는다²⁴. 그 외에도 알파 차단제나 소염제, 근이완제, allopurinol, quercertine,

물리치료, 경요도 전립선 절제술 등 여러 가지 방법이 대두되었으나 호전도가 뚜렷하지 않으며 대상 환자가 제한적인 등의 한계가 많다²⁵.

중의학의 경우 중의학과 현대의학의 협진이 활성화되어 만성전립선염에 중서의 결합으로 치료효과를 높이려는 시도가 2000년대부터 활발하게 진행되어 왔다³¹. 최근에는 Huang'e capsules, Qianlie Shutong capsules 등 만성 전립선염에 사용하는 TCM 캡슐 제제에 대한 약리학적 분석과 실험실 연구 위주로 다양한 연구가 발표되었고, 임상연구에서는 tamsulosin과 한약의 효과를 비교하거나 침 처방의 효과를 비교하는 등의 다양한 연구가 발표되었다. 만성 전립선염에 대한 국내 한의학 연구는 증례보고가 대부분이며 상당한 유효율을 보이는 만큼 앞으로는 해당 질환에 대한 적극적인 임상활용을 위한 다양한 치료, 약침의 개발, 각각의 한방약리에 대한 고찰과 그를 뒷받침 해줄 수 있는 다양한 종류의 연구가 진행되어야 할 것이다.

이에 본 연구는 만성전립선염에 대한 한의학 치료의 효과와 안정성에 관련된 국내 임상 연구 현황을 분석하고 전반적인 진행단계를 파악하여 차후 관련된 연구에 도움을 줄 수 있도록 하였다. 국내 데이터베이스를 통해 검색된 총 23편의 만성전립선염에 대한 한의학 임상 논문 중에 한의학 치료와 관련이 없는 논문 2편, 원문을 찾지 못한 논문 8가지를 제외하고 15편을 검색하여 이를 분석하였다. 임상 연구의 유형은 2편^{32,36}을 제외하고 모두 증례보고였으며, 국내 학회지에 1994년 최초로 논문이 발행된 이후 매년 평균 약 1.1편의 논문이 출간되었다. 2006년 발행된 논문이 4편으로 가장 많았고, 2020년 이후로 현재까지 2편이 출간되어 이전에 비해 만성전립선염에 대한 한의학 연구 수는 줄어들었음을 알 수 있다.

임상 논문의 대상자 630명 중에 30, 40대가 약 76%로 대다수를 차지했으며, 50대 이후는 3%로 비교적 적었다. 구체적인 나이를 언급하지 않은 연구^{11,12,16,18,19,32,36}를 제외하였을 때, 연구 대상자의 최

소나이는 28세, 최대나이는 63세로 다양한 연령대의 대상자가 선정되었으나, 만성전립선염의 특징상, 호발연령이 나이가 많을수록 증가하는 경향을 보이며, 50대 이후에 유병률이 급격하게 증가하므로 50대 이상의 연구대상자에 대한 연구를 확대할 필요가 있겠다.

15편의 연구에서 병력청취를 통한 환자의 임상 증상이 진단기준의 공통적인 근거가 되었다. 10편의 연구에서 비뇨기과에서 만성전립선염을 진단받고 한방 의료기관에 내원한 환자를 대상으로 하거나 포함하였으나, 그중에서 3편의 연구^{9,10,17}에서만 비뇨기과 내원 시 EPS, U/A 등 구체적인 시행 검사 내용을 언급하였다. 그 외, 6편의 연구^{11,13,15,19,32,36}에서 이전에 비뇨기과 진단 및 치료 유무에 관계없이 한방 의료기관 내원 이후 재진단하였다. 6편의 논문을 제외하고 나머지 논문에서 만성전립선염의 종류를 직, 간접적으로 기재하였으나 어떤 과정을 거쳐 진단했는지는 명확하지 않다. 예외로 Cho¹³의 연구에서는 만성전립선염 중, 만성 세균성 전립선염에 관하여 연구하였는데, DNA 유전자 검사를 통해 만성 세균성 전립선염의 원인균을 밝히고, 만성비세균성 전립선염이 사실은 배양이 잘 되지 않는 세균의 감염에 의한 것임을 시사하기도 했다²⁶.

만성 전립선염 진단 시에 특징적인 증상에 대한 세심한 청취가 가장 중요하고, 재발이 잦은 질환이므로 과거 전립선염에 관한 진단 및 치료의 병력도 중요하다. 다른 전립선 질환의 감별을 위해 직장수지검사, 소변검사, 소변배양검사를 시행하거나 고려할 필요가 있겠다. 방광종양에 의한 증상을 감별하기 위해서는 요세포검사가 고려되어야 하며, 요류검사 및 배뇨 후 잔뇨량 검사는 세뇨, 잔뇨감 등의 배뇨증상이 있을 때 치료 전후의 객관적인 확인을 위해 활용할 수 있다. 따라서 연구에서 진단 및 평가 근거를 확보하여 만성전립선염의 범주 중에 어떤 종류에 해당하는지 확인하고, 유사한 다른 질환과의 감별을 위한 추가적인 검사 및 확인 단계를 연구 절차에 포함시킬 필요가 있겠다.

15편의 연구 중 1편의 연구에서 정상 비교군으로 포함된 30례를 제외한 600례에서 발병일이 기재되어있지 않은 경우^{11,18,32,36}을 제외하고, 이환기간은 발병일 1년 이내가 16례(26%), 1년에서 2년 사이가 16례(26%), 2년에서 3년 사이가 14례(23%), 발병한지 3년 이상인 경우 15례(25%)로, 대부분 이환기간이 3개월 이상인 만성적인 증상을 호소하였다. 다만 평균 이환기간은 발병일의 표기가 일차까지 포함되어 있지 않아 명확하게 확인할 수 없었다.

15편의 연구 중 2편의 연구에서 비교군으로 포함된 30례를 제외한 600례에서 적게는 14일가량, 길면 316일까지 치료가 이루어졌다. 평균 7주가량 치료하였고, 치료 후 증상은 소실되거나, 일상생활에 불편함이 없을 정도로 호전되었다. 환자별 이환기간이 언급되지 않은 연구^{11,12,16,18,32}을 제외하고, 이환기간과 치료기간의 관계를 살펴보면 이환기간이 길고 적음에 따라 치료기간의 영향은 없었으며, 환자의 나이와 치료기간과의 관련성 또한 특별히 나타나지 않았다. 다만 Chae¹⁹의 연구에서는 치료기간을 변수로 두고 6주의 치료 시 치료효과가 가장 뛰어남을 주장했으며, 연구 대상의 나이와 치료율이 반비례하는 상관성을 보였다. 차후에 대상자의 나이, 증상의 특성과 치료기간과의 연관성에 관한 추가적인 연구가 필요하겠다.

만성전립선염은 한의학에서 뇨탁(尿濁), 고병(蠱病), 림병(淋病), 정탁(精濁), 백탁(白濁), 백음(白淫) 등의 범주에 해당하며²⁷, 중의학에서는 만성전립선염의 변증(辨證)은 크게 습열형(濕熱型), 기체혈어형(氣滯血瘀型), 신허형(腎虛型)으로 분류하였는데 '습열형(濕熱型)'의 증상은 요로자극 증상이 특징적 증상이었고 '기체혈어형(氣滯血瘀型)'은 동통(疼痛)이 특징적 증상이었고 '신허형(腎虛型)'은 양위(陽痿), 유정(遺精), 조설(早泄)과 같은 성기능 장애가 특징적 증상이었다²⁸.

연구 종류에 관계없이 국내 만성전립선염의 임상 논문에서 2편 이상인 변증을 순서대로 나열하면, 총 11편 중에서 신허형(腎虛型)(신양허(腎陽

虛), 허증(虛證), 보신기본(補腎基本))이 7편으로 최다빈도이며, case series의 경우에 보고된 6편 중에 5편이 신허(腎虛)에 속하는 환자를 대상으로 하였으며, 이에 비해 case report는 비교적 다양한 변증을 대상으로 하였으나 하초습열(下焦濕熱) 1례를 제외하면 신허(腎虛), 또는 겸신허(兼腎虛)를 전제로 하였다.

만성세균성전립선염의 유형에 따라 분석하면, 만성 비세균성 전립선염/만성 골반통증 증후군의 경우 신허형(腎虛型) 3편, 만성 세균성 전립선염의 경우에 변증을 알 수 있는 1편의 논문이 하초습열형(下焦濕熱型)에 속하였다. 이는 만성전립선염의 특징 상 병기가 오래된 경우가 많고, 발생 초기 및 중증 증상을 호소하는 경우 한방 의료기관에 일차로 내원하는 경우가 드문 상황을 반영할 수 있다. 또한 만성 비세균성 전립선염/만성 골반통증 증후군에 관한 연구에 비해 만성 세균성 전립선염의 경우 1995년에 발표된 1편을 제외하면 Cho¹³의 연구가 단독으로 이루어져 이에 대한 추가적인 연구가 요구된다.

본 연구에 포함된 국내 임상 연구에서 만성전립선염의 변증을 제시한 경우 각 연구마다 이환기간, 증상, 맥상 등 변증을 선정하는 기준이 제각기 다른 부분이 있었다. 이에 앞으로의 연구에서 타당도가 입증된 변증설문지나 표준화된 지침서에 따른 연구자 간 합의에 의하여 변증의 분류에 대한 가이드라인과 근거를 제시할 필요가 있을 것이다.

15편의 임상논문에서 모두 한약을 중재로 사용하였다. 이 중 임상경과 및 처방 대상을 포함하여, 구체적인 치료내용을 확인할 수 없었던 처방^{14,32}을 제외하고 13편의 증례연구와 1편의 RCT연구를 분석하였다. 13편의 증례 중, 2편^{17,14}을 제외하고 각 연구는 연구 당 하나의 처방을 대상으로 하였다. 연구의 대상이 된 처방을 다빈도 순으로 나열하면 가미육미지황탕(加味六味地黃湯)이 3편의 연구에서 처방되었고, 보중익기탕(補中益氣湯) 2편, 그 외 가미패장지황탕(加味敗醬地黃湯), 십미지황탕

(十二味地黃湯), 팔미지황탕가미(八味地黃湯加味), 계지복령환(桂枝茯苓丸), 십이미도적산가미(十味導赤散加味), 인동소염방(忍冬消炎方), 전립선염방(前立腺炎方), 비해분청음(萆薢分清飲), 무명방(無名方), BSGYT이 1편씩 사용되었다.

Case series 중 포함된 증례가 3례 이상으로 비교적 다빈도인 경우는 인동소염방(忍冬消炎方)을 사용한 증례 15례에 관한 연구 1회, 십이미지황탕(十二味地黃湯)을 사용한 증례 6회에 관한 연구 1회, 가미육미지황탕(加味六味地黃湯)에 관한 증례 47례에 관한 연구 3회, 무명탕(無名湯)에 관한 증례 426례에 관한 연구 1회가 있다.

가미육미지황탕(加味六味地黃湯)은 육미지황탕(六味地黃湯)에 택란(澤蘭), 호장근(虎杖根), 천련자(川楝子), 금은화(金銀花), 포공영(蒲公英), 패모(貝母), 고삼(苦參), 패장(敗醬), 어성초(魚腥草)를 가미한 처방이다. 육미지황탕(六味地黃湯)은 보신(補腎)의 대표적 처방이며 여기에 청열해독(清熱解毒)하는 금은화(金銀花), 포공영(蒲公英)과 청열리습(清熱利濕)하는 호장근(虎杖根), 고삼(苦參), 어성초(魚腥草), 활혈화어(活血化瘀)하는 패모(貝母), 패장(敗醬), 행기리수(行氣利水)하는 택란(澤蘭), 천련자(川楝子)가 가미¹²되어 급·만성을 막론하고 전립선염에 기본적으로 사용할 수 있게 하였다. 인동소염방(忍冬消炎方)은 탁리소독음(托裏消毒飲)에서 금은화(金銀花), 방풍(防風), 길경(桔梗), 후박(厚朴), 천산갑(穿山甲)을 거하고 청열해독(清熱解毒)과 통락지통(通絡止痛)의 작용을 하는 인동(忍冬)을 금은화(金銀花) 대신 가미하고, 탁독생기(托毒生肌)하는 황기(黃芪)를 증량하며, 소적체(消積滯)하는 계내금(鷄內金), 해울지통(解鬱止痛)하는 천련자(川楝子)를 가미한 처방¹¹이다. 무명방(無名方)은 백화사설초(白花蛇舌草) 25 g, 토복령(土茯苓) 30 g, 오공(蜈蚣) 25 g, 감국(甘菊) 35 g, 포공영(蒲公英) 40 g, 천련자(川楝子) 15 g, 황금(黃芩) 15 g, 황련(黃連) 15 g, 황백(黃柏) 20 g, 택사(澤瀉) 15 g, 적작약(赤芍藥) 20 g, 도인(桃仁) 10 g,

고삼(苦參) 15 g, 산치자(山梔子) 15 g, 감초(甘草) 10 g을 사용한 처방이다. BSGYT은 숙지황(熟地黃), 복신(茯神) 20 g, 구기자(枸杞子) 12 g, 산약(山藥), 산수유(山茱萸) 8 g, 두충(杜沖), 과극천(巴戟天), 쇠양(鎖陽), 우슬(牛膝) 6 g, 진피(陳皮), 당귀(當歸), 보골지(補骨脂) 4 g, 원지(遠志), 오미자(五味子), 사인(砂仁) 3 g을 사용한 처방이다.

15편의 연구 중, 11편에서 침치료 및 약침치료를 치료 증재로 사용하였다. 만성전립선염 연구에 사용된 혈위는 다빈도 순으로 다빈도 순으로 삼음교(三陰交)(SP6) 8회, 관원혈(關元穴)(CV4), 곡골(曲骨)(CV2) 7회, 내관(內關)(PC6) 5회, 음릉천(陰陵泉)(SP9), 조해(照海)(KI6) 4회, 태충(太衝)(LR3), 수도(水道)(ST28), 회음(會陰)(CV1) 3회, 상료(上膠)(BL31), 치료(次膠)(BL32), 중료(中膠)(BL33), 하료(下膠)(BL34), 합곡(合谷)(LI4), 곡지(曲池)(LI11), 족삼리(足三理)(ST36), 중완(中腕)(CV12), 상완(上腕)(CV13), 하완(下腕)(CV10), 승장(承漿)(CV24), 백회(百會)(GV20), 경거(經渠)(LU8), 복류(復溜)(KI7), 태백(太白)(SP3), 태계(太谿)(KI3), 백회(百會)(GV20), 천추(天樞)(ST25) 1회 순으로 사용되었고, case report는 자침 시 중복되는 혈자리가 없었으나, case series의 경우에 삼음교(三陰交)(SP6)가 최다빈도로 사용되었다. 혈자리 외에도 2편의 연구^{14,17}은 아시혈 위주의 체침을 사용하여 치료하였다. 관원(關元)(CV4), 곡골(曲骨)(CV2), 수도(水道)(ST28)는 소복통(小腹痛), 소변불리(小便不利)에 사용할 수 있는 혈자리이고, 회음(會陰)(CV1)은 전립선에 가장 가까우면서 회음부 통증에 대한 아시혈의 의미를 지닌다. 삼음교(三陰交)(SP6)는 족삼음경(足三陰經)의 회혈(會穴)이며, 음릉천(陰陵泉)(SP6)은 비경(脾經)의 합혈(合穴)로 소변불리(小便通利), 통림지통(通淋止痛)하고, 조해(照海)(KI6)는 신경(腎經)과 음교맥(陰蹻脈)의 교회혈(交會穴)로 설화소기(泄火疏氣)한다. 그러나 침치료 개입은 한약을 포함한 다른 치료법과 복합적으로 이루어져 차후에 만성전립선염의 침 치료의

단독 효과를 검증할 수 있는 추가적인 연구가 필요하겠다.

약침을 치료중재로 사용한 논문은 7편으로, 3편의^{12,15,16} 연구에서 증류약침(황련(黃連), 황백(黃柏), 황금(黃芩), 치자(梔子). 수증기 증류 냉각식 조제법으로 제조)이 사용되었고, 2편^{7,9}은 SBV약침(기린 한의원 부설 원외탕전실(원주, 한국), 풀뿌리 원외탕전실), V약침(대한면역약침학회)과 자하거(紫河車) 약침이 각 1편씩 사용되었다. 약침 치료 시 회음(會陰)(CV1)이 7례에서 사용되었고, 그 중 4례의 연구^{7,12,15,16}에서 다른 혈위 없이 회음(會陰)(CV1)에 0.5~1 cc를 단독으로 주입하였다.

봉독 약침 요법은 변증을 통하여 선정된 혈위나 질병과 관련 있는 부위, 압통점에 봉독 약침을 주입하여 침 자극과 봉독의 약리학적 특이 작용을 함께 이용하는 요법이다. 한의학적으로 봉독은 거풍습(祛風濕), 통경활락(通經活絡), 소종배농(消腫排膿), 청열량혈(淸熱涼血), 진통(鎮痛), 항염(抗癰), 장강(強壯), 진정(鎮靜) 등의 작용을 하므로³⁰ 습열하주(濕熱下注), 신허(腎虛), 기체혈어(氣滯血瘀) 등으로 변증하는 만성전립선염에 사용할 수 있을 것으로 생각하였다. 또한 V 약침약은 우황, 웅담, 사향으로 구성된 것으로 소염, 진통작용이 있어 한의학 임상에서 급성 염증성 질환을 치료하기 위하여 경락 조직에 자입하는 대표적인 기제 약침약으로, 전립선 질환, 낭습, 정력저하 등 남성 질환에서 많이 활용되고 있다¹⁰. 자하거는 사람의 태반을 건조한 것으로, 폐간신(肺肝腎) 삼경(三經) 귀경(歸經)하여 보기(補氣), 양혈(養血), 익정(益精)하는 효능이 있어 신허(腎虛)에 보하는 의미로 사용되었으며¹⁴, 증류약침의 경우 모두 약성이 고한(苦寒)하고 청열리습(淸熱利濕)의 효과가 공통적으로 있어, 항생제 대신 전립선 약침액을 사용하더라도 국소부위의 염증에 대한 소염 효과 뿐만 아니라 염증으로 인한 제반증상을 완화시킬 것이라 기대하였다¹⁵.

양약 병행 투여 여부와 관련해서는 15편의 연구 중에 8편의 연구^{7,9,11-13,16,19,32}에서 연구기간 중 비뇨

기과 치료 지속 및 중단에 관한 기재가 없었으며, 일정 기간 동안 한약과 양약을 병행하다가 중도에 양약 투여를 일부 중단한 연구는 1편⁸으로 한방치료 1개월 후에 증상 완화되어 항생제와 소염진통제를 중단하였다. 치료 시작일부터 한약을 단독 투여한 연구는 6편^{10,14,16-18,36}이며, 항생제 치료 이후에 호전이 없어서 환자 스스로 항생제 중단 후 내원한 환자에 관한 연구 1편¹⁰ 외에 4편^{14,16-18,36}은 치료효과의 정확한 판별을 위해 비뇨기과 치료를 중단시키거나 대상자의 조건을 제한하였다. 다수의 연구에서 비뇨기과 진단 후 한방 의료기관을 내원하였으나, 비뇨기과 치료 지속 및 중단에 관해 논문에 기재되어있지 않아, 이러한 경우 기존 복용약물이 한방치료 개입 후 증상의 경과에 상호 연관성이 없는지 확인이 필요할 것이다.

만성전립선염의 임상논문에서 유효성 평가 지표로는 NIH-CPSI가 가장 많이 활용되었으며 부가적으로 NRS, VAS, IPSS 등이 활용되었다. NIH-CPSI의 경우 전립선염의 임상 증상을 평가하는 설문지로 증상이 심할수록 점수가 높아진다. 통증과 불편감에 대한 점수가 0-21점, 배뇨 증상에 대한 점수가 0-10점, 삶의 질에 대한 점수가 0-12점으로, 총점은 0-43점이다²⁹. 현재 만성전립선염의 치료가 환자의 임상 증상을 기준으로 하여 대증치료가 주로 이루어지고 있어, 환자의 임상 증상을 보다 객관적으로 기록하고 평가하는 기준으로 임상 및 연구분야에서 널리 사용된다. IPSS의 본래 명칭은 미국비뇨기과학회 증상 설문(AUA-7)으로, 전립선비대증을 포함한 하부요로계 질환에 사용될 수 있으며³⁵, 총 8개로 이루어진 문항들(잔뇨감, 빈뇨, 간헐뇨, 요절박, 약뇨, 복압배뇨, 요주저, 야간뇨)에 대해 증상의 중증도에 따라 0-5점의 점수를 매기고, 증상과 관련된 일곱 항목을 이용하여 mild (0-7), moderate (8-19), severe (20-35)로 나눈다. VAS나 NRS는 증상의 주관적인 통증 강도만을 반영하여 수치화한 것으로, 환자의 성향에 따라 다르게 측정될 수 있으므로 보조적으로 사용되었다. 그 외에도

EPS, DRE, 세균정위배양 등을 통해 평가척도의 다양성을 확보하였으나, 특히 2010년대 이후로 1편¹¹을 제외하고는 치료 전후의 평가에서 NIH-CPSI 나 NRS, VAS 등과 같이 주로 임상증상의 변화에 초점이 맞춰져 있는 점, 나아가 한의학적 평가 도구 적용 기준을 마련하는 영역도 추가적인 연구가 필요하다.

15편의 연구에서 치료 종료 후 증상들이 완전히 소실되거나 혹은 일상생활에 불편함이 없을 정도로 호전되었다. 다만, 총점만으로 치료 전후를 비교한 경우, 대상자가 호소하는 전체적인 자각증상은 감소하였으나, 각 항목의 개선 정도를 구체적으로 확인할 수 없는 점이 개선이 필요할 것으로 사료되며, 대부분의 연구에서 주관적인 지표와 객관적인 지표를 치료 전후에 함께 비교하여 호전 정도를 확인했으나, 환자가 호소하는 주관적인 증상 지표에만 단독으로 사용할 경우, 추후 연구 결과의 신뢰도와 정확도를 위해 추가적으로 객관적인 기준 척도를 활용하거나 통계적으로 유의성을 확보할 필요가 있다고 사료된다. 한의학적 치료 개입에 관한 부작용을 언급한 논문은 15편의 연구 중 4편^{8,9,19,36}이었으며 모두 부작용이나 이상반응은 없었다고 밝혔다. 그 외의 연구에서는 부작용에 관한 내용이 없어 치료의 안정성 평가에 관한 결과를 확인할 수 없었다. 또한 추적조사가 시행된 연구는 2편^{1,19}으로 잦은 재발이 특징인 만성전립선염의 특징상 재발 가능성을 고려하여 향후 임상 연구 시 추적 관찰 단계가 포함되어야 한다고 사료된다.

IV. 결 론

본 연구는 OASIS, DBpia, Kiss를 통하여 현재까지 국내에서 발간한 만성전립선염의 한의학적 치료에 관한 임상논문을 검색하여 분석하였다. 그 결과 원문을 확인할 수 없는 5편을 제외하여 총 14편이 선정되었다. 선정된 15편의 연구에 포함된 630명의 대상자를 분석한 결과 다음과 같은 결론은

얻었다.

- 15편의 연구 중 11편에서 한의학적인 변증을 언급하였다. 이중 신허증(腎虛證)을 연구대상으로 한 논문이 7편으로 가장 많았다.
 - 1) Case series의 경우에 보고된 6편 중에 5편이 신허(腎虛)에 속하는 환자를 대상으로 하였으며, 이에 비해 case report는 비교적 다양한 변증을 대상으로 하였다.
 - 2) 만성 비세균성 전립선염/만성 골반통증 증후군의 경우 신허증(腎虛證) 3편, 만성 세균성 전립선염의 경우에 변증이 기재된 1편의 논문이 하초습열증(下焦濕熱證)에 속하였다.
- 연구에 사용된 한의학적 개입은 한약, 침, 약침, 뜸, 좌욕으로 5가지 요법이 사용되었다.
 - 1) 모든 연구에서 한약처방이 사용되었으며, 한약 처방 중에서는 가미육미지황탕(加味六味地黃湯)이 가장 많이 사용되었다.
 - 2) Case series의 경우 3개의 연구에서 가미육미지황탕(加味六味地黃湯)을 사용하였고, Case report의 경우 비교적 다양한 처방을 사용하였다.
 - 3) 만성 세균성 전립선염의 경우에 무명방(無名方)과 전립선염방(前立腺炎方)을 각 1편씩 사용하였다.
 - 4) 침 치료 시에 가장 다빈도로 사용된 혈위는 삼음교(三陰交)(SP6)이며, 약침은 회음(會陰)(CV1)이다. 증류약침(황련(黃連), 황백(黃柏), 황금(黃芩), 치자(梔子), 수증기 증류 냉각식 조제법으로 제조)이 3편의 연구에서 사용되었고, 2편은 SBV약침, V약침과 자하거(紫河車) 약침이 각 1편씩 사용되었다.
 - 5) 뜸요법은 기해(氣海)(CV6), 관원(關元)(CV4), 중완(中脘)(CV12), 삼초수(三焦俞)(BL22)등 대부분 복부의 혈위에 시행되었다.
- 연구에서 대다수 대상자의 이환기간은 3개월 이상의 만성이었으며, 평균 치료기간은 약 7주였다.
- 15편의 연구에서 모두 만성전립선염에 대한 한

방치료에 호전 반응을 보고했다. 만성전립선염에 한방치료가 효과가 있음을 시사한다.

5. 15편의 연구 중, 8편에서 연구 기간 중 비뇨기과 치료 지속 및 중단에 관한 기재가 없었다.
6. 15편의 연구 중, 4편에서만 한의학 치료 개입에 대한 부작용을 언급하였으며, 추적조사가 시행된 연구는 2편이다.

현재까지 만성전립선염에 대한 한의학 치료 임상연구는 case series, case report가 대다수로, 이는 현재의 한의학 임상연구의 배경 상, 대규모의 통제된 연구가 이루어지기 어려운 현실을 반영함을 추측할 수 있다. 만성 전립선염에 관한 한의학 치료의 효과가 유효함에 따라 차후 RCT 및 cohort study를 포함한 다양한 방식의 임상연구를 통해 더 깊은 연구가 이루어지기를 기대한다.

참고문헌

1. Roberts RO, Jacobson DJ, Girman CJ, Rhodes T, Lieber MM, Jacobsen SJ. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a community based cohort of older men. *J Urol* 2002;168(6):2467-71.
2. Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A; Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int* 2015;116(4):509-25.
3. Pawlicki B, Zieliński H, Dabrowski M. Role of apoptosis and chronic prostatitis in the pathogenesis of benign prostatic hyperplasia. *Pol Merkury Lekarski* 2004;17(100):307-10.
4. Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network.

Urology 1999;54(2):229-33.

5. Liu SJ, Deng YJ, Zeng Y, Zhao M, Guo J, Gao QH. Efficacy and Safety of Guihuang Formula in Treating Type III Prostatitis Patients with Dampness-Heat and Blood Stasis Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Chinese Journal of Integrative Medicine* 2022;28(10):879-84.
6. Zhang K, Liu Y, Yang W, Wang J, Yang J, Zhang G, et al. Efficacy and Safety of Ningmitai Capsule in Patients With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *Urology* 2021;153:264-9.
7. Park DY, Moon HR, Noh HJ, Jeon SY. A Case Report of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Treated with Hooeum Bee-venom Therapy and Balio Acupuncture Treatment. *J Int Korean Med* 2023;44(3):536-43.
8. Lee SH, Lee JH, Hong MN, Yun YJ, Park SH. A Case Report of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome(CP/CPSP) treated with Gyejibokryeong-hwan. *J Korean Med* 2020;41(1):117-25.
9. Yu BK, Lee E. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome 6 Case Series. *J Physiol & Pathol Korean Med* 2016;30(3):201-8.
10. Kim SJ, Kim BK, Kang SS, Jung HJ, Jung SK, Lee BJ. Chronic Non-Bacterial Prostatitis Treated with Additional Immune Pharmacopuncture: A Case Report. *J Int Korean Med* 2015;36(3):436-45.
11. Youn SS, Park SW, An SH, Cho CS, Kim CJ. A Retrospective Study on 15 Patients of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *J Int Korean Med* 2010;31(4):914-22.
12. Lee Sh, Shin JB, Jeon YC, Kim SW, Song BK. A Clinical Study of Medical Care on Chronic

- Prostatitis. *J Korean Oriental Med* 2007;28(3): 156-64.
13. Cho CS. The clinical study on chronic bacterial prostatitis. *Thesis: Oriental Medicine Research Institute of Daejeon University* 2006;15(2): 9-16.
 14. Shin KH, Park KB, Song KH. The case clinical report for chronic prostatitis by hominis placenta herbal-acupuncture. *The Journal of the Korea Institute of Oriental Medical Informatics* 2005; 11(2):40-8.
 15. Sim KJ, Park HJ, Cho CW, Kang SY, Kim HJ, Song BK. Clinical Report of Two Patients with Chronic Prostatitis. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2004;18(1):274-8.
 16. Sim KJ, Park HJ, Shim HN, Kang SY, Kim HJ, Song BK. The Clinical Effects of Oriental Medical Therapy on Chronic Prostatitis. *The Journal of the Korea Institute of Oriental Medical Informatics* 2004;25(4):1-8.
 17. Cho CJ, Koo CM, Kim JW, Lee SJ, Sun JK, Park YC, et al. A case report for subject symptom and WBC numerical index change of non-bacterial chronic prostatitis disease by Bojungiki-Tang. *Korean J Orient Int Med* 2004;25(1):147-55.
 18. Son KJ, Park YC, Kim CJ. Effect of Kamipaejangjihwang-tang on Chronic Prostatitis. *Korean Journal of Oriental Physiology & Pathology* 2003;17(4):958-61.
 19. Chae US. A Clinical Study on the Treatment of Chronic Prostate with Imtak jeonje. *Thesis: Oriental Medicine Research Institute of Daejeon University* 1995;3(2):307-13.
 20. Doble A. Chronic prostatitis. *Br J Urol* 1994; 74(5):537-41.
 21. Lee SW, Na HY, Yoo JH, Ahn YM, Ahn SY, Kim YO, et al. Effects of Paljeong-san on Chronic Nonbacterial Prostatitis Induced in Rats by Estradiol. *J Int Korean Med* 2015;36(2):180-8.
 22. Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FM. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome(CP/CPPS): the studies, the evidence, and the impact. *World journal of urology* 2013;31(4):747-53.
 23. McNaughton-Collins MF. Psychosocial mechanisms of the pain and quality of life relationship for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Canadian Urological Association Journal* 2014;8(11-12):403-8.
 24. Choi JY, Lee MJ, Cho SH, Kim SB, Lee ST, Min SK. Comparison of Clinical Symptoms Scored According to NIH-CPSI in Patients with Chronic Prostatitis Syndrome Category IIIa and IIIb. *Korean J UTHI* 2011;6(1):42-7.
 25. Cho IR. Text Book of Andrology. Seoul: Koonja; 2004, p. 571.
 26. Lee SW. Causes and etiology of chronic prostate inflammation and chronic pelvic pain syndrome. Seoul: 5th Korean Society of Mens Sciences (Training materials); 1999, p. 9-12.
 27. Song BK, Kim JK, Park SW, Song UY, Jeong IS. Effect of The activating blood flow and removing blood stasis Method to Prostatic disease. *J Int Korean Med* 2000;21(4):615-19.
 28. Kim JT, Kim HD, Park JS, Lee JH, Kim SY, Choi JY, et al. Study on Guideline for the Treatment of Chronic Prostatitis in Korean Medicine - Search Chinese Traditional Medical Papers from 2003~2013. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2014;28(3):271-9.
 29. Kim EJ, Bae HR, Lee NH. A Case of Korean Medicine Treatment for a Patient with Acute Bacterial Prostatitis Who Did Not Improve

- with Antibiotics. *J Int Korean Med* 2022;43(6): 1247-54.
30. Gang HM, Kim GS, Kim DY, Ryu TJ, Park HS, Ki RK. Two Cases of Benign Prostatic Hyperplasia with Bee Venom Pharmacopuncture Therapy. *J of Phamacopuncture* 2008;1(2):125-30.
31. Song SQ, Zhang YQ. Recognition and thoughts for diagnosis and treatment of chronic prostatitis in integrated traditional Chinese and Western medicine. *Journal of Chinese Integrative Medicine* 2009;7(12):1108-11.
32. Cho CS. The Clinical Study on Chronic Prostatitis and Sexual Dysfunction. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2002;16(6):1164-9.
33. Kwon SM, Kim JH. Sexual dysfunction. Seoul: School District; 2000, p. 16, 39-47, 58-61, 66-72.
34. Min SG. The latest psychiatry. Seoul: One Piece; 2000, p. 432-6.
35. Kim JH, Doo SW, Yang WJ, Song YS. Homogeneity among the korean international prostate symptom score questionnaires used in real practice. *Korean J Urol* 2013;54(4):249-51.
36. Song MK, Kang JS, Kang CH, Ahn YM, Ahn SY, Doo HK, et al. The Clinical Effect of Bosingunyang-tang on Chronic Non-bacterial Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome : Randomized Double-blind, Placebo-controlled Clinical Trial. *Korean J Orient Int Med* 2008; 29(3):800-9.