

八正散加味로 호전된 여성요도증후군 환자 치험 1례

대전대학교 한의과대학 부인과교실

김수민, 유동열

ABSTRACT

A Case Report of the Effect of Paljeongsan on the Female Urethral Syndrome

Soo-Min Kim, Dong-Youl Yoo

Dep. of Ob & Gyn. College of Oriental Medicine, Daejeon University

Purpose: The purpose of this study is to report the effect of Paljeongsangami (八正散加味) on the female urethral syndrome(FUS).

Methods: A subject was a 29-year-old woman who suffered from FUS even after the treatment of western medicine. We evaluated the routine blood test, U/A, Pap smear and N.gonorrhoeae PCR, but there were no abnormal findings. We gave her Paljeongsangami 3 times a day for 10 days with acupuncture and moxibustion. During the treatment, we asked her complete a urinary dairy.

Results: After the treatment, the symptoms of FUS was disappeared and her condition was maintained for 2 months at least.

Conclusion: This case report showed that Paljeongsangami is efficacious for FUS and could prevent chronic progress and relapse of symptoms. More clinical data and studies are to be done for the effective application of the various oriental medicinal therapy on FUS.

Key Words: Female urethral syndrome, Frequent urination, Painful urination, Dragging pain in lower abdomen, Paljeongsangami

I. 서론

여성요도증후군(Female urethral syndrome)이란 비노생식기의 기질적 질환, 특히 요로감염의 증거 없이 배뇨통, 빈뇨, 요절박감, 치골상부동통, 배뇨곤란 등을 호소하는 증상군으로 Gallagher 등은 외래에 요로감염증세로 내원하는 여성 환자의 40% 이상에서 요검사상 세균이 검출되지 않는다고 하였다¹⁾.

빈뇨, 요절박감, 배뇨통, 배뇨 후 충만감¹⁾ 등 그 증상이 급성 방광염과 유사하여 대부분의 여성요도증후군 환자들이 증상의 초기에 항생제 치료를 받은 적이 있으며, 대개 항생제 치료에 1~2일 반응하는 듯하다가 치료가 종료되면 곧 증상이 재발하는 특징을 가지고 있다²⁾.

현재 여성요도증후군에 대한 치료¹⁾는 항생제, Quinolone 제제, 요도확장 및 마사지, 경요도위용종전기소작술, 에스트로겐 도포 등 원인별로 다양하나 대개 원인이 명확하지 않다. 또한 방광염이나 외음부 질염, 간질성 방광염 등과 증상이 유사하여 진단이 어렵고¹⁾ 대부분 6개월간 경과관찰하거나 증상의 악화 혹은 재발의 만성적인 경과를 거치면서 진통제, 근이완제 등 증상완화를 위한 대증 치료가 주가 되고 있는 실정이다.

여성요도증후군은 한의학의 범주에서 보면 小便數, 小便不利, 小便澁痛 등의 증상이 癃閉, 淋病, 子淋, 轉胞³⁾ 등과 유사하다. 그러나 子淋은 小便頻數·點滴하면서 통증이 있고, 轉胞는 小便頻數하면서 小便량이 적고 통증이 없는 특징이 있으며 두 증상은 대개 임신 시에 호발³⁾하므로 여성요도증후군과는 구별

된다. 《東醫寶鑑》⁴⁾에서는 “閉·癃合而言之, 一病也. 分而言之, 有暴久之殊. … 癃者久病, 爲尿澁淋瀝, 點滴而出, 一日數十次, 或百次 名爲淋病是也.”라 하여 癃과 淋病을 같은 병으로 보았다. 淋病은 대개 腎虛하여 膀胱에 熱이 蓄積되어 발하는 것으로 頻尿, 尿急, 澁痛 등의 淋瀝不斷한 諸證의 배뇨장애를 지칭한다⁵⁾.

한방에서는 이⁶⁾ 등, 권⁷⁾ 등, 최⁸⁾ 등의 급성 방광염, 만성 방광염, 간질성 방광염에 대한 임상 보고가 있었으나 양방의 치료영역에서 소외되고 있는 여성요도증후군에 대한 연구보고 및 임상보고는 없었다.

이에 논자는 일반 요검사 및 질분비물 검사에서 이상소견 없이 배뇨장애가 지속되는 여성요도증후군 환자 1인에 대하여 清熱 通利 祛濕 散瘀의 효가 있는 八正散⁹⁾에 金銀花 土茯苓 등을 加한 八正散加味¹⁰⁾를 10일간 투여하여 양호한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 성 명 : 유○○ (F/29세)

2. 주소증

1) 배뇨통, 소복통 : 아랫배가 당기듯 아프며 배뇨 시에 악화된다고 함.

2) 빈뇨, 소변량소 : 소변량이 많지 않으면서 자주 간다고 함.

3) 황색 질분비물 : 평소 질분비물이 있었으나 최근 색이 노랗고 고름 같이 나온다고 함.

4) 피로

5) 수족비

3. 발병일: 2006년 4월 9일

4. 치료기간 : 2006년 4월 14일부터 2006년 4월 23일까지 입원치료
5. 과거력 : 2003년 출산 후 요실금 발하였으나 치료받지 않음.
6. 월경력 : LMP-4월1일, 주기 28일 일정, 기간 5~7일, 量 普通, 塊 多, 或痛或不痛
7. 산과력 : 1-0-1-1
8. 가족력 : 없음
9. 현병력 : 상기 환자는 건장한 체격의 미용직에 종사하는 29세 여성으로, 2006년 4월 9일 상기증상 발하여 2006년 4월 12일 local 산부인과에서 R/O Cystitis, Vaginitis 하에 항생제, 소염제, 신경안정제 및 지노베타딘 질좌제를 처방 받았으나 증상 별무 호전하여 내원함.
10. 검사소견

1) CBC

	단위	정상범위
WBC	47 $10^3/\mu$	45~110
■Differential count		
Segmented cell	51.3 %	40~80
monocyte	5.5 %	2~10
lymphocyte	43.2 %	15~45
ESR	15 mm/hr	0~20

2) U/A

■Routine(10종)	단위	정상범위
Color	Straw	
S.G	1.015	
P.H	6.5	
Albumin	-	
Leukocyte	-	
Nitrite	-	
Glucose	-	
Urobilinogen	-	
Ketone	-	
Bilirubin	-	
Blood	-	
■Microscopy		
RBC	0-2 /HPF	0-1
WBC	0-2 /HPF	0-3
Epithelial	many /HPF	0-10

3) 부인과 관련 검사

■Gynecology(Pap smear)	
Adequacy of the Specimen	Satisfactory for evaluation
General Categorization	Within normal limits
Recommendation	Absence of atypical cells, recheck in 1 year
■N. gonorrhoeae PCR	Negative
■HIV Ab(AIDS)	Negative
■VDRL	Negative

11. 望聞問切

面色黃, 下腹引痛, 排尿痛, 小便數, 黃色帶下, 舌紅苔黃, 脈弦滑

12. 處 方

1) 처방 및 구성

八正散加味 : 3P #3 po

瞿麥 4g	車前子 6g	檳榔 4g
大黃 4g	澤瀉 6g	貢砂仁 4g
木通 4g	麥門冬 4g	桂枝 4g
篇蓄 4g	土茯苓 6g	山查肉 6g
滑石 4g	金銀花 6g	鷄血藤 8g
梔子 4g	連翹 4g	桃仁 4g
甘草 4g	木香 4g	黃芪 6g
燈心 4g	陳皮 4g	人蔘 2g

2) 침치료

關元, 胞門, 子戶 : 3장씩 1회/일

天樞, 三陰交 : 1회/일

13. 치료경과

3) 뜸

	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19	4/20	4/21	4/22	4/23
배뇨통*	9/9	9/10	5/8	4/7	4/8	4/7	4/8	2/6	0	
소복통**	8		5			3	1		0	
빈뇨***	9회	10회(1)*	8회	7회	8회	7회	8회	6회	6회	5회
질분비물	황색 고름형태, 양다			황색 고름형태, 양소			황색 고름형태 나오지 않음			
피로	동일	동일	피로감 호전 중				피로감 호전			
수족비	동일	동일	足痺 심	手足痺 호전 중			手비소실	수비소실, 족비 야간에만		

*, ** : 배뇨통의 경우 소복통이 배뇨 시에 악화되는 양상을 보여서 배뇨일지를 작성할 때, 배뇨통은 전체 배뇨 횟수 중 통증이 있었던 횟수로 표기하게 하였으며 소복통은 VAS를 사용하여 아픈 정도를 표시하게 하였다.

*** : 주야간을 통틀어 24시간 동안의 배뇨 횟수이며 야간 배뇨는 ()안에 표기하게 하였다.

+ : 전체 입원일 중 유일하게 야간 배뇨가 있었으며 화장실에 도착하기 전에 실금하였다.

14. F/U

1) 2006년 5월 6일 부인과 외래방문 - 일을 다시 시작하면서 수족비 증상은 재발하였으나 배뇨장애는 재발하지 않았다.

2) 2006년 6월 20일 침구과 외래방문 - 양측 완관절통으로 내원하였으며 배뇨장애는 재발하지 않았다.

급성요도염증상이 있는 경우 gonorrhea, chlamydia, ureaplasma 에 대한 배양검사 등 다양한 검사를 통하여 하부요로증상을 유발할 수 있는 기질적 원인질환을 배제하는 것이다¹⁾.

여성요도증후군의 발생빈도나 유병률은 정확하게 알려진 바가 없다. 그러나 Tait¹¹⁾ 등과 Gurel¹²⁾ 등은 하부요로증상 환자 중 감염이 없는 환자의 15-30%가 여성요도증후군으로 진단된다고 하였다. 20-30대와 50-60대 여성에서 호발한다²⁾.

III. 고 찰

여성요도증후군(Female urethral syndrome)이란 비노생식기의 기질적 질환, 특히 요로감염의 증거 없이 배뇨통, 빈뇨, 요절박감, 치골상부동통, 배뇨곤란 등을 호소하는 증상군이다¹⁾. 진단의 원칙은 병력, 과거력 조사, 외부생식기 및 골반검사, 회음부 감각이나 항문 괄약근 긴장도 검사, 일반 요검사 및 요배양 검사,

여성은 해부학적으로 요도가 짧고 장내세균이 요도구에 인접한 회음부 및 질 입구에 쉽게 집락화하며 성생활, 요도 자극, 임신 등이 원인이 되어 세균의 침입이 용이²⁾하므로 방광염이나 질염이 자주 발생한다. 여성요도증후군은 이러한 회음부 질염, 방광염과 유사한 증상을 보여 증상의 초기에 염증성 질환으로 오

진하는 경우가 많다²⁾.

또한 여성요도증후군은 방광벽의 섬유화로 방광용적이 감소함에 따라서 빈뇨, 급박뇨, 방광 충만시 하복통을 특징으로 하는 간질성 방광염(Interstitial cystitis)¹⁾의 증상과 구분하기가 모호하다. 이러한 이유로 만성적인 배뇨증상의 상당수를 간질성 방광염의 초기 증상으로 인식함으로써 여성요도증후군으로 진단되는 경우가 점차 줄어들고 있다¹³⁾. 또한 간질성 방광염은 방광 내시경상 'Hunner's ulcer'를 특징으로 하나 1978년 Messing과 Stamey가 비궤양형의 분류를 주장한 이후 현재는 간질성 방광염에 Hunner 궤양형과 비궤양형이 있는 것으로 인정되고 있어²⁾ 여성요도증후군의 진단이 더욱 어려워졌다. 그러나 미국의 NIDDK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease)에서 제시한 간질성 방광염의 진단 기준²⁾에 따르면 방광경 검사상 구상화 병변이나 Hunner 궤양이 존재하고 구상화 병변 관찰 시에는 방광의 3/4 이상을 관찰하여 4분원당 10개 이상이 존재하여야 진단할 수 있다고 하였으며 각성상태의 방광내압측정 검사에서 350cc 이상의 방광용적을 배제 요건 중의 하나로 제시하였으므로 기질적 원인을 모두 배제해야 하는 여성요도증후군과는 차이가 있다고 사료된다.

여성요도증후군의 원인으로 감염, 요도주위선의 염증, 요도협착, 요도경축, 심인성, 여성호르몬 저하 등¹⁾이 있으나 대개의 경우 원인이 명확하지 않다²⁾ (Table 1).

Table 1. 여성요도증후군의 원인

방광 및 상부 요로	
간질성 방광염	과활동성 방광
다량의 잔뇨	방광 결석
방광암	방사선 방광염
요로감염	
요도	
세균성 요도염	요도카툰클
요도계실	요도주위선 감염
요도의 위축성 변화	
골반강 및 외부생식기	
골반 종양	외음순 종양
음부 콘딜로마	자궁경부염
기타	
상부운동신경 병변	과도한 수분 섭취
습관성 장애	신부전
당뇨	요붕증
이뇨제	임신
화학적 자극물질	
화학적 치료	

원인이 다양하므로 치료법도 복합적이다. 치료원칙은 가장 단순하고 가장 비침습적인 방법부터 시작하여 보다 복잡한 치료로 진행하는 것이 원칙이며, 여성요도증후군의 치료는 크게 급성 및 만성요도증후군치료로 대별할 수 있다. 급성요도증후군은 질염이나 방광염의 증거 없이 갑작스런 오줌 소태증상을 호소하는 경우로서 세균의 감염이 주 역할을 한다고 본다. 이때 소변은 대개 농뇨 소견이 없거나 요배양 검사상 세균수가 10⁵/ml 이하이다. 최근 Chlamydia가 최근 여성요도염의 주원인으로 주목을 받으면서 Quinolone 제제를 많이 사용하며 진균이나 효모균이 검출될 때는 Metronidazole을 사용하기도 한다. 만성요도증후군의 치료에서 요도확장 및 마사지는 감염된 요도주위선내의 염증물질을 단단한 요도확장기와 손가락 마사지로 squeeze하여 배농을 시키는 작용을

한다. 경요도위용종전기소작술이나 내요도절개술을 시행하기도 하며 위축성 요도염환자의 경우 에스트로겐 1.25 mg을 컷 2주간은 매일 밤마다 도포하고 이후로 1주에 2회씩 장기간 도포한다¹⁾. 대개 임상적으로 여러 가지 시행착오를 거치면서 진통제, 약물 국소도포 또는 국소투여, 물리치료, 심리적인 지지 등 다방면의 치료가 복합적으로 이루어지거나 요점사나 배양점사로 감염이 배제되면 1~3일 코스로 항경련제와 진통제 복합치료를 시도²⁾하는 등 대증적인 치료가 주를 이룬다.

2002년 국제요실금학회가 여성요도증후군에 대해 다른 감염이나 명백한 병리학적 이상 없이 지속적이거나 반복적으로, 대개 배뇨 시에 발생하는 요도의 통증, 빈뇨, 야간뇨가 최소 6개월 이상 지속되는 경우라고 정의함¹⁴⁾에 따라 여성요도증후군 초기의 환자들은 감염성 질환으로 오진되어 항생제 및 소염제를 처방받거나 6개월간 경과 관찰되거나 복합적인 대증치료를 받게 된다.

한의학에서 여성요도증후군은 癃閉, 淋病 등의 범주로 볼 수 있다. 癃閉는 《素問·宣明五氣篇》에서 “膀胱不利爲癃”, 《靈樞·本輸篇》에서 “三焦者…約下焦, 實即閉癃 虛即遺溺”이라 하며, 癃·不得小便·小便閉·胞痺 등으로 지칭하고 있다³⁾. 癃閉는 排尿困難, 小便量少하며 심한 경우 点滴한다³⁾. 또한 《東醫寶鑑》⁴⁾에서는 “閉·癃 合而言之, 一病也. 分而言之, 有暴久之殊. … 癃者久病, 爲尿澁淋瀝, 點滴而出, 一日數十次, 或百次 名爲淋病是也.”라 하여 癃과 淋病을 같은 병으로 보았다. 淋病의 명칭은 《內經·六元正紀大論》에 처음 나타

나고, 淋·淋瀝·淋滿 등의 용어로 기재되었으며 腎虛하면 小便數하고, 膀胱熱하면 淋瀝不宣의 증상이 나타난다고 하였다³⁾. 《金櫃要略·消渴小便不利淋病》에서 “淋之爲病 小便如粟狀 少腹弦急”이라고 증상이 처음 기재되었고, 《金櫃要略·五臟風寒積聚病脈證并治》에서 그 원인을 熱在下焦라 하였다³⁾. 또한 巢元方은 “小便數者 膀胱與腎俱虛 而有客熱 乘之故也 腎與膀胱爲表裏俱主水 腎氣下通於陰 此二經既虛 致受於客熱 虛則不能制水 故令數 小便熱則水行澁 澁則小便不快 故令數起也 小便難者 此是腎與膀胱熱故也 此二經爲表裏俱主水 水行於小腸 入胞爲小便 熱氣在於藏腑 水氣則澁 其熱勢極微 故但小便難也”라 하여⁵⁾ 小便數과 澁해서 배뇨시 불편감이 드는 것, 小便難을 모두 腎과 膀胱의 熱 때문이라고 인식하였다.

八正散¹³⁾은 陳承의 《太平惠民和劑局方》의 小便門에 처음 수록된 처방으로, “治大小兒心經邪熱 一切溫毒 口乾咽燥 大渴引飲 心忪面熱 煩躁不寧 目赤睛疼 唇焦鼻衄 口舌生瘡 咽喉腫痛 又治小便赤澁 癃閉不通 及熱淋 血淋 並治之”라고 하였다. 처방 중에 木通·瞿麥·車前子·萹蓄·滑石 등의 利水通淋하는 약물들을 집중적으로 하여 清熱利濕하고, 山梔子를 配伍하여 三焦의 濕熱을 清化하고 大黃은 泄熱降火하고, 燈心은 導熱下行하며, 甘草는 諸藥을 조화하는 효능이 있다⁹⁾. 이와 같이 諸藥을 合用하면 清熱 通利 祛濕 散瘀의 효능으로 熱淋 血淋에 小便이 渾赤하고 排尿澁痛 淋漓不暢하거나 癃閉不通 小腹急滿 口燥咽乾 舌苔黃膩 脈滑數한 증상을 치료한다. 본 증례에 투여한 八正散加味¹⁰⁾는 대전대학

교 한방병원 처방집에 있는 처방으로, 八正散에서 車前子¹⁵⁾를 증량하고 澤瀉¹⁶⁾를 加하여 利水滲濕과 通淋작용을 높였으며, 水濕의 陰邪는 陽을 得하게 되면 化濕하므로 通陽化氣하는 桂枝¹⁶⁾를 利水化濕藥과 配伍하여 化濕利水の 효과를 증강시켰다. 清熱解毒하는 金銀花·土茯苓·連翹¹⁶⁾를 加하였는데 특히 連翹는 《藥性本草》에는 五淋과 小便不通을 치료한다고 하였으며, 利尿作用이 있어 熱結尿閉와 小便淋痛 등 증을 치료하는 良品이다¹⁶⁾. 活血祛瘀하는 鷄血藤·桃仁과 行氣止痛하는 木香·陳皮·檳榔을 加하였는데 《東醫寶鑑》⁴⁾에서도 “小便不通, 臍下狀如覆碗, 痛難難堪, 治法有二. 如氣不能化而不通, 則陳皮茯苓湯調木香 … 如血汚於下而不通, 則用桃仁承氣湯之類以破之”라고 하여 小便不通에 理氣劑나 瘀血之劑를 活用하였다. 八正散을 비롯하여 清熱之劑, 行氣之劑는 쉽게 氣를 손상시키고 滲濕藥과 清熱藥은 대개가 性이 寒하여 위장관에 부담을 주므로 補氣生肌하는 黃芪·人蔘과 化濕開胃 助脾健胃하는 貢砂仁·山查肉을 加하였다.

八正散에 대해 이⁶⁾ 등은 방광염에 임상적 효과가 있음을 보고하였고 노¹⁷⁾ 등은 金木八正散의 요로감염 합병증에 대한 임상효과를 보고하였다. 여성요도증후군은 기질적인 원인은 없으나 방광염이나 요로감염과 유사한 小便澀痛, 小便難, 頻尿 등의 증상을 발하며 이러한 배뇨장애증상은 熱在下焦로 인한 淋病의 범주에 해당하여 利水滲濕·清熱의 효과가 크면서도 黃芪·人蔘·貢砂仁·山查肉 등을 加하여 氣가 손상되는 것을 막고 生肌·健胃하는 八正散加味를 본 증례에 活用하게 되었다.

본 증례의 대상 환자는 건장한 체격의 29세 여성으로 2006년 4월 9일 배뇨통, 소복통, 빈뇨, 황색 질분비물, 피로 등의 증상 발하여 2006년 4월 12일 local 산부인과에서 R/O Cystitis, Vaginitis 하에 항생제, 소염제, 지노베타딘 질좌제를 처방 받았으며, 기본적인 CBC 및 U/A검사를 시행하여 검사결과를 4월 16일 통보받기로 했었으나 증상 별무 호전하여 2006년 4월 14일 본원에 내원하였다. 미용직에 종사하는 분으로 직업 특성상 장시간 서서 일하는 경우가 많으나 잦은 소변, 소복이 당기는 통증 등으로 인해 직장생활을 하기 힘든 상태였다. 이에 보다 적극적인 한방치료를 위해 2006년 4월 14일부터 23일까지 입원 치료하였다. local산부인과에서 시행한 검사 결과가 나오지 않은 상태여서 본원에서 일반적인 혈액검사 및 요검사, 질분비물 검사를 시행하였다. CBC상 WBC, ESR 모두 정상으로 염증조건 없었으며 U/A에서는 Epithelial cell만 증가되어 있었고 N.gonnhoeae, VDRL, HIV Ab, Pap Smear 모두 정상이었다. 내원시 환자가 호소하였던 下腹引痛, 小便澀痛, 小便數 등의 증상은 “小便熱則水行澀 澀則小便不快 故令數起也 小便難者 此是腎與膀胱熱故也”라고 한 것처럼 熱在下焦로 인한 것으로 보여지며 黃色 帶下, 舌紅苔黃, 脈弦滑 등 下焦의 濕熱로 인한 증상이 보여 濕熱下注, 膀胱實熱로 辨證하였다. 처방받은 양방약의 복용 및 질좌제 사용을 중지하고 八正散加味를 하루 3포 복용케 하였으며 보조적으로 침치료와 뜸치료를 병행하였다. 침치료는 여성의 비뇨생식기 질환의 요혈인 三陰交¹⁸⁾와 腹痛, 赤白帶下, 淋濁 등을 치료하는 天樞

¹⁸⁾에 하루 1회 자침하였다. 뜸은 培腎固本 調氣回陽하는 關元穴¹⁸⁾과 清濕熱·利膀胱하는 水道穴¹⁶⁾의 위치에 있으면서 帶下, 不妊 등 부인과 질환에 상용하는 胞門·子戶¹⁶⁾에 간접구로 3장씩 매일 1회 시행하였다.

환자로 하여금 배뇨일지를 작성하게 하였으며 환자는 야간 배뇨를 포함해서 24시간 동안의 배뇨횟수를 기재하였다. 배뇨통의 경우 소복통이 배뇨 시에 악화되는 양상을 보였으므로 배뇨통은 전체 배뇨 횟수 중 통증이 있었던 횟수로 표기하게 하였으며 소복통은 VAS를 사용하여 아픈 정도를 표시하게 하였다. 치료 이틀간은 1일 9~10회의 빈뇨 양상이 있었고 특히 입원 둘째 날인 4월 15일은 절박성 야간 배뇨 증상이 있었다. 또한 배뇨시마다 배뇨통이 있었으며 통증 VAS는 8정도로 증상의 뚜렷한 호전이 없었다. 환자에게 여성요도증후군은 만성적인 경과를 가지며 심리적 불안이나 스트레스가 증상을 악화시킬 수 있음을 설명하고 심리적 지지를 해주었다. 치료 셋째 날부터 배뇨횟수가 7~8회로 줄어들고 배뇨통 횟수도 경감하였다. 환자는 특히 소복통이 VAS5로 줄어든 것에 만족해하였으며 피로 증상도 호전되었다. 배뇨 횟수와 배뇨통 횟수가 점차 줄어들었으며 4월 20일부터는 통증의 정도가 VAS1로 줄었으며 4월 22일 빈뇨, 배뇨통, 소변통 소실되어 23일 치료를 종료하였다. 이후 환자는 수족비, 양측 완관절과 수지통 등으로 2006년 5월 6일, 6월 20일 두 차례 외래에 내원하였으며 빈뇨, 소복통, 배뇨통 등 배뇨장애는 재발하지 않았다.

본 증례가 1례라는 것과 치료 결과는

좋았으나 6개월의 만성적 경과를 가지는 질환임에도 불구하고 치료 후 F/U이 2개월에 그친 것이 아쉽다. 여성요도증후군은 빈뇨, 소복통, 배뇨통 등으로 자각적인 증상은 있으나 기질적인 원인이 없어서 양방에서는 6개월간 증상이 지속되는 경우에 진단한다. 정확한 원인이나 치료가 없으며 초기에 염증성 질환으로 의심되어 항생제를 처방받는 경우가 많아 양방적 치료에는 한계가 있다. 그러므로 여성요도증후군은 기질적인 원인이거나 검사실 소견이 없더라도 변증치료가 가능한 한방의 영역에서 치료 가능성이 많으며 초기의 치료로 증상의 만성적인 경과와 재발을 예방할 수 있으리라 사료된다.

IV. 결 론

2006년 4월 14일부터 2006년 4월 23일까지 양방의 방광염 및 질염 치료 후 증상 호전이 없었던 여성요도증후군환자에게 清熱 通利 祛濕 散瘀의 효가 있는 八正散加味를 10일간 투여하여 양호한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

- 투 고 일 : 2007년 10월 26일
- 심 사 일 : 2007년 11월 02일
- 심사완료일 : 2007년 11월 06일

참고문헌

1. 대한비뇨기과학회 편집위원. 비뇨기과학. 서울 : 고려의학. 2001;153-154, 198-199, 472-473.
2. 대한배뇨장애 및 요실금학회 편집위.

- 배뇨장애와 요실금. 서울: (주)일조각. 2004:511-513, 518, 520.
3. 方葯中 등. 實用中醫內科學. 上海: 上海科學技術出版社. 1983:276-285.
 4. 허준. 동의보감. 서울: 법인문화사. 2003:401.
 5. 杜鎬京. 東醫腎系內科學. 서울: 동양의학연구원 출판부. 1987:205, 255.
 6. 이민수, 이승희, 송미덕. 팔정산으로 방광염을 치료한 2례. 한방성인병학회지. 2000;6(1):102-105.
 7. 권은희 등. 보중익기탕가미방으로 호전된 만성 방광염 환자 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2005;26(2):475-481.
 8. 최우식 등. 합곡침과 電鍼으로 치료한 간질성 방광염 4례. 대한침구학회지. 2002;19(6):193-204.
 9. 방제학교수 공편저. 방제학. 서울: 永林社. 1999:497.
 10. 대전대학교 한방병원 편집위. 한방병원처방집. 대전: 한국출판사. 2001:343.
 11. Tait J et al. Urethral syndrome (abacterial cystitis). search for pathogen. Br J Urol. 1985;57:522-526.
 12. Gurel H, Gurel SA, Atilla MK. Female urethral syndrome, a female prostatitis. Western J Med. 1996;164:435-438.
 13. Parsons CL, Zupkas P, Parsins JK. Intravesical potassium sensitivity in patients with interstitial cystitis and urethral syndrome. Urology. 2001;57:423-433.
 14. Abrahams et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function : report from the standization sub-committee of the Internal Continence Society. Neurourol Urodyn 2002;21:167-178
 15. 陳承. 太平惠民和劑局方. 臺北: 旋風出版社. 1984:175
 16. 본초학교수 공편저. 본초학. 서울: 영림사. 2000:198, 200, 212, 295, 306, 314, 348, 353, 370, 379, 424, 446, 532, 588.
 17. 노기환, 최동준, 조기호. 뇌졸중 환자의 요로감염 합병증에 대한 금목괄정산의 임상효과. 한방성인학회지. 1999;5(1):286-293.
 18. 안영기. 경혈학총서. 서울: 성보사. 2000:176, 180, 228, 678, 765.