

원저

뇌혈관장애환자의 불면증에 대한 이침요법과 신문혈자침 병행시술의 치료효과에 대한 비교연구

소웅룡* · 박원태* · 이순호* · 신경호* · 노정두** · 최석우** · 김제관***

*광동한방병원 침구과

**우석대학교 한의과대학 침구학교실

***광동한방병원 부인과

Abstract

Clinical Study on Effect of Auricular acupuncture therapy and Auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7) on Insomnia in stroke patients

So Woong-ryong*, Park Won-tae*, Lee Sun-ho*, Sin Kyung-ho*,
Roh Jeong-du**, Choi Seok-woo** and Kim Jae-gwan***

*Department of Acupuncture & Moxibustion,
Kwang-Dong Oriental Medical Hospital

**Department of Acupuncture & Moxibustion
College of Oriental Medicine, Woo-Suk University

***Department of Oriental Gynecology,
Kwang-Dong Oriental Medical Hospital

Objective : This study is aimed to compare the change of clinical comfort and improvement after auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7) on insomnia in stroke patients.

· 접수 : 2003년 9월 9일 · 수정 : 2003년 9월 12일 · 채택 : 2003년 9월 20일

· 교신처자 : 소웅룡, 서울특별시 강남구 삼성동 161 광동한방병원 침구과.

Tel. 02-2222-4874, 011-9016-3750 E-mail : acu-man@hanmail.net

Methods : Clinical study was carried out on 40 stroke patients who was traeted insomnia by auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7) at Kwang-Dong Oriental Medical Hospital.

Results : 1. Total sleeping time was increased in auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7).

2. Average delaying time before sleep and Average Awake Times was decreased in auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7).

3. Quality of sleep was improved in auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7).

4. Insomnia Score was increased in auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7).

Conclusions : According to the results, both auricular acupuncture therapy and auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7) were effective on insomnia in stroke patient. but, auricular acupuncture therapy was more effective than auricular acupuncture therapy with common acupuncture therapy(Shinmun HT7) in total sleeping time and insomnia score.

Key words : insomnia, shinmun, auricular acupuncture, stroke.

I. 서 론

수면이란 의식이 정지된 휴식상태를 말하며, 생명의 가장 기본적인 현상이며, 인간존재의 불가결한 국면이다. 인간의 수면-각성을 관찰해보면, 수면과 연령은 연관관계를 가지고 있으며, 유아는 하루 20시간, 소아는 10~20시간, 성인인 약 7시간을 잔다. 그러나 수면요구량은 분명히 유전인자와 어릴적의 환경 및 신체적·정신적 상태에 따라 광범위한 개인차를 나타낸다. 이러한 정상적인 수면의 불규칙성이 극심해지면 신체부조의 허다한 근원이 되며 동시에 부자연한 형태의 각성도 될 수 있다. 그리고 역시 수면기전에 영향을 주는 장애로는 신경계의 여러 장애가 있고 수면으로 조절되는 내과적 상태도 적지 않다¹⁾.

불면증이란 수면부족을 의미하며 수면기간의 깊이

및 원기회복에 어떤 장애를 나타낼 때 일반적으로 사용되는 말로서 잠들기 힘들고 계속 잠을 유지하는데 어려움이 있는 상태를 말한다^{1),10),11)}.

불면증에는 잠들기 힘든 입면장애, 중도각성이 많아지거나 꿈이 많아서 깊이 잠들 수 없는 숙면장애, 아침 일찍 깨어 그후에는 잠들지 못하는 조기각성의 세가지 형태가 있다²⁾. 또한 발생양태에 따라서 정상수면 기전에 일차적으로 장애가 와서 나타나는 경우와 상태에 따라서 이차적으로 나타나는 불면으로 분류되어 지는데, 일차적인 경우는 다른 질병이나 환경요인이 발견되지 않음에도 불구하고, 수면장애가 유일한 증상이거나 주증상인 병태가 존재하는 경우로 일차성 수면장애라고 한다. 이차적인 경우는 어떠한 신체적 질병이나 환경요인에 의해서 나타나는 것을 말하며 이차성 수면장애라고 한다²⁾. 불면증을 기간에 따라 진단할 때는 불면증상이 3~4주 미만일 때를 단기(short term) 혹은 급성 불면증으로 진단하고 혼

히 임상적으로 불면증이라 진단하는 경우는 최소한 3, 4주 이상 지속적인 불면증상을 보이는 경우를 의미한다. 그러므로 불면증이라고 임상적으로 진단할 때는 이미 3, 4주의 급성기를 넘어선 상태를 말한다. 그러나 급성기후의 기간을 다시 4주 이상 6개월 미만일 경우를 아급성(subacute), 6개월 이상 불면이 계속되는 경우는 불면증이 아주 복잡한 양상을 띄게 된다³⁾.

뇌혈관장애에 수반되는 정신장애에서 초기증상에는 두통, 현훈, 건망을 비롯하여 이명, 四肢痺, 상기감, 주의산만, 불면으로부터 易怒, 心氣憂鬱, 환각, 망상, 성격변화 등이 있다. 두통과 현훈이 초기 증상으로서 중요하지만 임상에서는 건망, 易疲勞, 불면 및 섬망, 경련을 주소로 내원하는 증례가 많다²⁾. 다수의 뇌혈관장애환자에서 갑작스런 신체적 변화에 대한 심한 정신적 충격으로 정서적인 불안상태를 나타내며 이로 인해 쉽게 나타낼 수 있는 증상이 불면이다. 환자의 이런 불안정한 심리상태를 안정시켜 원만한 수면을 유도하지 않고서는 뇌혈관장애의 치료 역시 원활하지 않을 것으로 사료된다.

이에 본 저자는 불면을 호소하는 뇌혈관장애환자를 대상으로 실제로 병원에서 환자에게 적용하기 쉽고, 빠른 효과를 기대할 수 있는 이침치료와 체침 및 이침 병행치료로 다음과 같은 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 임상대상

2002년 8월 1일부터 2003년 5월 30일까지 10개월 동안 광동한방병원에서 입원 치료받은 뇌혈관장애 환자 중 불면을 호소하는 환자 40명 중에서 이침시술을 한 환자 20명(이하 이침처치군)과 이침시술과 함께 체침혈위 중 신문을 추가로 시술한 환자 20명(이하 신문병행처치군)을 분류하여 그 치료 결과를 비교

연구 하였다. 환자의 의식상태는 명료(alert)한 상태로 분명히 자기의사를 표시할 수 있는 자로 한정하였다.

2. 선정기준 및 제외기준

뇌혈관 장애로 입원한 환자 중 입면장애로 잠을 청하여 30분 이상 잠을 못자는 경우의 환자와 수면 유지가 어려워 수면에 들어간 후 4회 이상 깨는 환자들을 대상으로 선정하였으며 통증 등에 의해 이차적으로 발생한 불면환자로 불면에 대한 원인 치료를 하고 있거나 양방 수면제나 불면에 대해 한방 Ex제제를 복용하고 있는 환자는 연구대상에서 제외하였다.

3. 침처치 및 시술방법

이침시술군은 저녁 9~10시 사이 다른 치료를 배제한 상태에서 左耳부터 시작하여 다음날은 右耳로 左右耳를 번갈아가며 시술하였으며, 神門點^{5),6)} · 腎點⁵⁾ · 枕點^{5),6)} · 心點⁵⁾에 압정식 피내침을 자입하여 다음날 기상시간까지 유치하는 것을 원칙으로 하였다. 이침은 행림사에서 제조한 T침을 사용하였다. 신문병행시술군은 동일한 시간에 위의 치료와 함께 체침혈위 중 兩側 神門穴(HT7)에 자침하고 20분간 유치하였으며 침은 毫鍼(Stainless steel, 원동방침구 제작소, 0.25×40mm)을 사용하였다.

이침시술군과 신문병행시술군은 각각 다른 병실의 환자를 대상으로 설정하였으며 이침과 체침은 모두 1일 1회로 총 3회 시술하였다.

4. 조사항목 및 측정방법

시술결과는 시술 3일 후에 설문지와 수면 측정도구를 사용하여 조사하였다.

시술 후 설문지를 이용하여 불면의 평가를 총 수면시간, 입면까지 걸리는 시간, 야간각성의 횟수와 수면의 질적 변화를 측정하였다. 수면의 질적 변화는 치료 후에 환자가 자각하는 수면의 질을 조사한 항목으로 우수(완전히 만족:Excellent), 양호(조금 만족:Good), 별무변화

(불만족이나 조금 불만족 : No remarkable change), 불량(매우 불만족 : Failure)으로 나누어 평가하였다.

설문지는 최⁸⁾ 등이 한국형 표준화 작업을 시행하여 정상인 뿐 아니라 정신과 환자에서도 일반적인 수면형태를 조사할 수 있는 타당한 도구가 될 수 있다고 보고한 Saint's Mary Hospital(SMH) 수면설문지를 사용하였다<별첨1>.

다음으로 오⁴⁾ 등에 의해 개발된 수면측정도구에 의해 총점수가 35점 이하인 환자를 대상으로 시술을 한 후 3일후에 다시 수면측정도구를 사용하여 치료 결과를 측정하였다.

수면측정도구는 15항목으로 구성되어 “매우 그렇다”의 1점에서 “전혀 아니다”의 4점까지 4점 형식의 Likert 형식의 도구로 전체 점수를 합산하여 수면점수로 환산하였는데, 최저 15점에서 최고 60점이 가능하다. 이는 점수가 높을수록 수면상태가 양호함을 의미한다<별첨2>. 60점 만점인 수면 설문지의 점수에 의해 다음 기준으로 평가하였다. 51~60점은 우수(excellent), 41~50점은 양호(good), 36~40점은 호전(fair), 0~35점은 불량(failure)으로 평가하였다.

5. 통계 처리

통계적 처리는 Spss 10.0 for windows를 이용하였고, 모든 측정값은 평균±표준편차로 표시하였다. 숫자는 소수점 셋째자리에서 반올림하였다.

분석은 Independent-Samples T Test를 사용하여 유의성을 검정하였으며 p-value가 0.05 미만인 경우에 유의성이 있는 것으로 인정하였다.

III. 연구 결과

1. 환자의 일반적인 사항

성별분포는 총 40명의 환자중 연령평균은 이침시술

Table 1. Characteristics of Patients

	Group A*	Group B*
Age	58.5(53~71)**	61.7(55~75)
Sex(M : F)	11 : 9	12 : 8

* Group A : Auricular Acupuncture Group(이침시술군)
Group B : Auricular Acupuncture Group with HT7 (Shinmun) Acupuncture Group(신문병행시술군)(이하 同)

** : Mean(range)

※ 소수점 이하는 소수점 2째자리에서 반올림 함

군이 58.5세, 신문병행시술군이 61.7세였으며 성별분포는 이침시술군은 남자는 11예 여자는 9예, 신문병행시술군은 남자는 12예 여자는 8예였다<Table 1>.

2. 총 수면시간의 변화

총 수면시간의 변화평균(단위 hours)은 이침시술군에서는 시술 전 3.73±0.66에서 시술 후 4.27±1.03으로 증가하였으며, 신문병행시술군에서는 시술 전 3.53±0.80에서 시술 후 5.07±1.18로 증가하였다.

통계 처리 결과 총 수면시간의 변화 결과에서 시술 전의 총 수면시간에는 두군간에 유의한 차이가 없었으며 시술 후의 총 수면시간에서는 p-value가 0.028로 통계상 유의한 차이가 있었다<Table 2>.

3. 입면까지 걸린 시간의 변화

입면까지 걸린 시간의 변화평균(단위 hours)은

Table 2. Change of Total Sleeping Time

	Group A	Group B
T0*(hours)	3.73±0.66	3.53±0.80
T1**(hours)	4.27±1.03	5.07±1.18
p-value	p=0.394	p=0.028

* T0 : 시술 전. ** T1 : 시술 후(이하 同).

Table 3. Change of Average delaying time before sleep before and after the Treatment

	Group A	Group B
T0 (hours)	1.85±0.80	1.60±1.01
T1 (hours)	1.27±0.70	0.97±0.73
p-value	p=0.390	p=0.193

Table 4. Change of Average Awake Times during Sleeping before and after the Treatment

	Group A	Group B
T0 (times)	3.35±2.50	3.65±2.62
T1 (times)	2.15±2.06	2.20±2.04
p-value	p=0.713	p=0.939

이침시술군에서는 시술 전 1.85±0.80에서 시술 후 1.27±0.70으로 감소하였으며, 신문병행시술군에서는 시술 전 1.60±1.01에서 시술 후 0.97±0.73으로 감소하였다.

통계 처리 결과 입면까지 걸린 시간의 변화 결과에서 시술 전후의 입면까지 걸린 시간에는 두 군간에 유의한 차이가 없었다<Table 3>.

4. 야간각성 횟수의 변화

야간각성 횟수의 변화평균(단위 times)은 이침시술군에서는 시술 전 3.35±2.50에서 시술 후 2.15±2.06으로 감소하였으며, 신문병행시술군에서는 시술 전 3.65±2.62에서 시술 후 2.20±2.04로 감소하였다.

통계 처리 결과 야간각성 횟수의 변화 결과에서 시술 전후의 야간각성 횟수에는 두 군간에 유의한 차이가 없었다<Table 4>.

5. 수면의 질적 변화

수면의 질적 변화는 치료후에 환자가 자각하는 수

Table 5. Change of Quality of sleep after the Treatment

	Group A (%)	Group B (%)
Excellent	3 (15%)	7 (35%)
Good	10 (50%)	9 (45%)
No remarkable change	5 (25%)	3 (15%)
Failure	2 (10%)	1 (5%)
Total	20 (100%)	20 (100%)

Table 6. Insomnia Score before the Treatment

Insomnia Score before the Treatment	No. of Patients (%)	
	Group A	Group B
20~25	6 (30%)	6 (30%)
26~30	7 (35%)	6 (30%)
31~35	7 (35%)	8 (40%)
Total	20 (100%)	20 (100%)

면의 질을 조사한 항목으로 우수(완전히 만족 : Excellent), 양호(조금 만족 : Good), 별무변화(불만족이나 조금 불만족 : No remarkable change), 불량(매우 불만족 : Failure)로 나누어 평가하였다.

이침시술군에서는 우수 3명(15%), 양호 10명(50%), 별무변화 5명(25%), 불량 2명(10%)으로 나타났으며, 신문병행시술군에서는 우수 7명(35%), 양호 9명(45%), 별무변화 3명(15%), 불량 1명(5%)으로 나타났다<Table 5>.

6. 시술전의 수면측정도구에 의한 점수분포

시술 전의 수면측정도구에 의한 점수분포는 이침시술군에서는 20~25가 6명(30%), 26~30이 7명(35%), 31~35가 7명(35%)으로 나타났으며, 신문병행시술군에서는 20~25가 6명(30%), 26~30이 6명(30%), 31~35가 8명(40%)으로 나타났다<Table 6>.

Table 7. Insomnia Score and Evaluation after the Treatment

Insomnia Score before the Treatment	Evaluation	No. of Patients (%)	
		Group A	Group B
20~35	Failure	4 (20%)	2 (10%)
36~40	Fair	3 (15%)	1 (5%)
41~50	Good	9 (45%)	10 (50%)
51~60	Excellent	4 (20%)	7 (35%)
Total		20 (100%)	20 (100%)

Table 8. Change of Insomnia Score before and after the Treatment

	Group A	Group B
T0	28.70±4.43	28.20±4.60
T1	40.95±9.83	47.30±9.25
p-value	p=0.728	p=0.042

7. 시술 후의 수면측정도구에 의한 점수분포 및 점수를 반영한 평가

시술 후의 수면측정도구에 의한 점수분포는 이침시술군에서는 20~35(불량)가 4명(20%), 36~40(호전)이 3명(15%), 41~50(양호)이 9명(45%), 51~60(우수)이 4명(20%)으로 나타났으며, 신문 병행시술군에서는 20~35(불량)가 2명(10%), 36~40(호전)이 1명(5%), 41~50(양호)이 10명(50%), 51~60(우수)이 7명(35%)으로 나타났다<Table 7>.

통계 처리 결과 시술 전후 수면측정도구에 의한 평균점수의 변화 결과에서 시술 전의 평균점수에는 두 군간에 유의한 차이가 없었으나 시술 후의 평균점수에서는 p-value가 0.042로 통계상 유의한 차이가 있었다. 즉, 신문병행시술군이 이침시술군보다 더 유의성 있는 결과를 나타냈다<Table 8>.

IV. 고찰

수면은 인간의 생리적 현상이고 불면은 필수 불가결한 기본기능인 수면에 나타난 병증의 하나로서 치료의 대상이 되어야 한다. 그러나 많은 사람들이 쉽게 호소하는 증상이라 이에 대한 중요성과 심각성에 대해서는 간과하는 경우가 적지 않다. 미국의 경우 30%의 성인이 불면증을 호소하고, 그중 17%는 임상적으로 심각한 정도라고 한다¹⁵⁾. 그리고 한국에서도 일반성인의 17%가 임상적으로 치료받아야 할 불면증을 앓고 있다¹⁶⁾. 불면증은 불면증으로만 끝나지 않고 불면증으로 인해 낮 동안의 일의 효율이 감소되고 사고의 위험률이 높아지는 사회적 영향과 함께 다른 만성 신체질환을 일으키는 중요한 원인이 될 수 있다⁷⁾.

불면증이란 수면부족을 의미하며 수면기간의 길이 및 원기회복에 어떤 장애를 나타낼 때 일반적으로 사용되는 말로서 잠들기 힘들고 계속 잠을 유지하는데 어려움이 있는 상태를 말한다^{1),10),11)}.

불면에는 크게 4가지 범주의 원인이 있는데 첫째, 정신과적 질환과 동반된 경우로 이는 정신과 장애와 관계된 수면장애로 분류된다. 둘째, 신체장애가 그 원인인 경우로 이는 신체장애와 관계된 수면장애로 분류된다. 셋째, 스트레스나 입원과 같은 환경적 변화로 생긴 불면증이다. 넷째 위의 원인이 없이 한달 이상 증상이 지속되는 임상적 불면증으로 이는 일차적 불면증 혹은 정신생리학적 불면증이라 한다⁹⁾.

불면을 고대 한방문헌에서는 不睡, 不寐, 失眠 등으로 표기하였으며, 頭暈, 頭痛, 心悸, 健忘 등의 증상을 곁한다고 하였다²⁾.

한방 문헌에서 불면의 원인은 許¹²⁾는 虛煩不睡, 魂離不睡, 思結不睡의 경우로 분류하고, 傷寒으로 煩躁하는 것은 火가 肺腎에 入한 것이고, 傷寒及雜病에 無睡하는 것은 陰虛陽盛하기 때문이라 하였다. 張¹³⁾

은 “神安則寐하고 神不安則不寐” 한다 하여, 神不安한 이유를 邪氣之擾와 營氣之不足의 두가지로 보았으며, 前者는 實證이고 後者는 虛證이라 하였다. 巢¹⁴⁾는 大病後不得眠, 虛勞後不得眠, 傷寒病後不得眠, 霍亂後煩燥臥不安으로 분류하였다. 黃²⁾ 등은 思結不睡, 營血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃不和를 불면의 원인으로 제시하였다.

불면증에 대한 침구치료에 대한 문헌적 고찰 결과 불면의 침구치료에 사용된 경락의 혈수는 足太陽膀胱經(22穴), 足陽明胃經(13穴), 足少陽膽經(11穴), 足太陰脾經(9穴), 足少陰腎經(8穴)의 순으로 나타났으며, 불면의 침구치료에 사용된 경혈은 총 99개로 神門이 35회로 가장 많이 사용되었고, 心俞가 29회, 三陰交가 26회, 太谿가 20회, 脾俞가 19회, 足三里가 17회, 內關이 15회의 순으로 나타났다¹⁷⁾.

본 연구에서는 불면에 쓰이는 경혈 중에서 문헌에서 많이 언급된 神門(HT7)을 치료혈로 채택하였다. 神門穴(HT7)은 手少陰心經의 原穴로 安心寧神, 清火涼營, 清心熱, 調氣逆의 穴性을 지니고 있으며, 神經衰弱, 健忘, 神經性 心悸亢進, 精神分裂症, 失神 등의 증을 다스리는 경혈이다. 이러한 특성을 근거로 하여 神門穴(HT7)은 七情의 부조화로 인하여 발생하는 정신질환에 적용되어 왔다¹⁸⁾.

耳鍼은 耳廓에 자침함으로써 인체 각부의 질병을 치료하는 分區療法으로, 귀에서 각종 질병의 반응점을 찾아 침으로 자극을 주어 질병을 치료하는 치료법이다⁶⁾. 현재 이침요법은 다각적인 임상활용을 통하여 동통완화와 신경계, 내분비계 등의 병증에 효과가 있음을 보여주고 있으며 이침마취에까지 발전하였다⁵⁾. 이침요법¹⁹⁾에서는 불면을 陰血虧損, 肝火上炎, 心悸不眠으로 변증하고, 치법으로는 養陰舒肝, 寧心安神하는데, 이때는 心, 肝炎區, 神門, 綠中을 양쪽 귀에 취한다고 하였다. 본 연구에서는 이침요법에서 쓰이는 여러 치료혈 중에 침구학⁵⁾, 임상침법 강좌⁶⁾에서 불면증의 치료혈로 기술한 神門, 腎, 枕, 心點을 채택하였다.

뇌혈관장애에 수반되는 정신장애에서 초기 증상에는 두통, 현훈, 건망을 비롯하여 이명, 四肢痺, 상기감, 주의산만, 불면으로부터 易怒, 心氣憂鬱, 환각, 망상, 성격변화 등이 있다. 두통과 현훈이 초기 증상으로서 중요하지만 임상에서는 건망, 易疲勞, 불면 및 섬망, 경련을 주스로 내원하는 증례가 많다²⁾. 다수의 뇌혈관장애환자에서 갑작스런 신체적 변화에 대한 심한 정신적 충격으로 정서적인 불안상태를 나타내며 이로 인해 쉽게 나타낼 수 있는 증상이 불면이다. 불안은 불면증의 각성상태를 지속시키는 데 가장 큰 원인과 기전으로 작용하고 있으며 급성 불면증이 만성 불면증으로 이행되는데 아주 중요한 부분을 차지하고 있다²⁰⁾. 환자의 이런 불안정한 심리상태를 안정시켜 원만한 수면을 유도하지 않고서는 뇌혈관장애의 치료 역시 원활하지 않을 것으로 사료된다. 본원에 입원한 뇌혈관장애 환자들의 경우에도 두통, 현훈, 배뇨장애 등의 증상과 함께 정신적 충격으로 인한 불면을 호소하는 경우가 많았다. 뇌혈관장애 환자들에 있어서 초기에는 절대적 안정이 필요하며 연하장애를 나타내거나 편측부전마비를 보이는 경우가 많다. 이때 불면에 대한 약물치료보다는 효과가 빠르고 간편한 이침 및 체침요법이 다용된다.

이제 저자는 불면증을 호소하는 뇌혈관장애환자에게 이침 및 체침을 시술하여 비교적 객관적인 판단기준에 의하여 효과를 입증하고자 하였고, 이침만 시술하는 경우와 이침과 神門(HT7)을 동시에 시술하는 경우의 치료효과를 비교 연구하였다.

환자의 일반적인 사항을 보면 성별분포는 총 40명의 환자 중 연령평균은 이침시술군이 58.5세, 신문병행시술군이 61.7세였으며 성별분포는 이침시술군은 남자는 11예 여자는 9예, 신문병행시술군은 남자는 12예 여자는 8예였다.

총 수면시간의 변화평균(단위 hours)은 이침시술군에서는 시술 전 3.73±0.66에서 시술 후 4.27±1.03으로 증가하였으며, 신문병행시술군에서는 시술 전 3.53±0.80에서 시술 후 5.07±1.18로 증가하였다. 통계 처

리 결과 총 수면시간의 변화 결과에서 시술 전의 총 수면 시간에는 두 군간에 유의한 차이가 없었으며 시술 후의 총 수면시간에서는 p-value가 0.028 (<0.05)로 통계상 유의한 차이가 있었다. 즉, 신문병행시술군이 이침시술군보다 더 유의성 있는 결과를 나타냈다. 그러나 두 시술군 모두 만족할만한 총 수면시간의 증가를 보였다.

입면까지 걸린 시간의 변화평균(단위 hours)은 이침시술군에서는 시술 전 1.85 ± 0.80 에서 시술 후 1.27 ± 0.70 으로 감소하였으며, 신문병행시술군에서는 시술 전 1.60 ± 1.01 에서 시술 후 0.97 ± 0.73 으로 감소하였다. 통계 처리 결과 입면까지 걸린 시간의 변화 결과에서 시술 전후의 입면까지 걸린 시간에는 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 그러나 두 시술군 모두 만족할만한 입면까지 걸린 시간의 감소를 보였다.

야간각성 횟수의 변화평균(단위 times)은 이침시술군에서는 시술 전 3.35 ± 2.50 에서 시술 후 2.15 ± 2.06 으로 감소하였으며, 신문병행시술군에서는 시술 전 3.65 ± 2.62 에서 시술 후 2.20 ± 2.04 로 감소하였다. 통계 처리 결과 야간각성 횟수의 변화 결과에서 시술 전후의 야간각성 횟수에는 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 그러나 두 시술군 모두 만족할만한 야간각성 횟수의 감소를 보였다.

수면의 질적 변화는 치료 후에 환자가 자각하는 수면의 질을 조사한 항목으로 우수(완전히 만족: Excellent), 양호(조금 만족: Good), 별무변화(불만족이나 조금 불만족: No remarkable change), 불량(매우 불만족: Failure)로 나누어 평가하였다.

이침시술군에서는 우수 3명(15%), 양호 10명(50%), 별무변화 5명(25%), 불량 2명(10%)으로 나타났으며, 신문병행시술군에서는 우수 7명(35%), 양호 9명(45%), 별무변화 3명(15%), 불량 1명(5%)으로 나타났다.

시술전의 수면측정도구에 의한 점수분포는 이침시술군에서는 20~25가 6명(30%), 26~30이 7명(35%), 31~35가 7명(35%)으로 나타났으며, 신문병행시술군에서는 20~25가 6명(30%), 26~30이

6명(30%), 31~35가 8명(40%)으로 나타났다.

시술후의 수면측정도구에 의한 점수분포는 이침시술군에서는 20~35(불량)가 4명(20%), 36~40(호전)가 3명(15%), 41~50(양호)이 9명(45%), 51~60(우수)이 4명(20%)으로 나타났으며, 신문병행시술군에서는 20~35(불량)가 2명(10%), 36~40(호전)가 1명(5%), 41~50(양호)이 10명(50%), 51~60(우수)이 7명(35%)으로 나타났다. 통계 처리 결과 시술 전후 수면측정도구에 의한 평균점수의 변화 결과에서 시술 전의 평균점수에는 두 군간에 유의한 차이가 없었으며 시술 후의 평균점수에서는 p-value가 0.042 (<0.05)로 통계상 유의한 차이가 있었다. 즉, 신문병행시술군이 이침시술군보다 더 유의성 있는 결과를 나타냈다. 그러나 두 시술군 모두 만족할만한 점수의 증가를 보였다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 뇌혈관장애환자의 불면증에 대한 이침요법과 이침 및 神門(HT7) 병행 치료는 총 수면시간의 증가, 입면까지 걸린 시간의 감소, 야간각성 횟수의 감소, 수면의 질적변화 향상, 수면측정도구에 의한 점수증가를 나타냈으며 입면장애 및 수면유지장애에 있어서 두군 모두 양호한 치료 효과가 있음을 알 수 있었으며, 총수면 시간과 수면측정도구에 의한 점수에 있어서는 신문병행시술군이 이침시술군보다 통계적으로 유의한 치료효과가 있음을 알 수 있었다. 이는 뇌혈관장애환자에서 쉽게 나타나는 불안상태와 이로 인한 불면증에 대해 이침의 단독시술보다는 安心寧神의 대표혈인 神門穴(HT7)을 병행시술하여 환자의 불안정한 심리상태를 안정 시킴으로써 나타난 치료효과로 사료된다.

현재 급변하는 사회적 분위기와 과도한 업무 등에 의한 지나친 스트레스로 인하여 뇌혈관장애환자 뿐만 아니라 다수의 현대인들이 심리적인 불안정 상태에 있으며 이로 인하여 불면을 호소하는 환자들이 점점 늘어날 것으로 보이며 이에 대한 체침, 이침, 구법, 신침요법 등 다양한 침구치료에 대한 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결 론

2002년 8월 1일부터 2003년 5월 30일까지 10개월 동안 광동한방병원에 입원 치료받은 뇌혈관장애환자 중 불면을 호소하는 환자 40명 중에서 이침시술을 한 환자 20명과 이침시술과 함께 체침혈위 중 신문을 추가로 시술한 환자 20명을 분류하여 그 치료 결과를 비교 연구하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 총 수면시간의 변화평균(단위 hours)은 두 군 모두 증가하였다. 통계 처리 결과 시술 전의 총 수면 시간에는 두군간에 유의한 차이가 없었으며 시술 후의 총 수면시간에서는 통계상 신문병행시술군이 이침시술군보다 더 유의성 있는 결과를 나타냈다.

2. 입면까지 걸린 시간의 변화평균(단위 hours)은 두군 모두 감소하였다. 통계 처리 결과 입면까지 걸린 시간의 변화 결과에서 시술 전후의 입면까지 걸린 시간에는 두 군간에 유의한 차이가 없었다.

3. 야간각성 횟수의 변화평균(단위 times)은 두 군 모두 감소하였다. 통계 처리 결과 야간각성 횟수의 변화 결과에서 시술 전후의 야간각성 횟수에는 두 군간에 유의한 차이가 없었다.

4. 수면의 질적 변화는 이침시술군에서는 우수 3명(15%), 양호 10명(50%), 별무변화 5명(25%), 불량 2명(10%)으로 나타났으며, 신문병행시술군에서는 우수 7명(35%), 양호 9명(45%), 별무변화 3명(15%), 불량 1명(5%)으로 나타났다.

5. 시술 전후 수면측정도구에 의한 평균점수의 변화에서 통계 처리 결과 시술 전의 평균점수에는 두

군간에 유의한 차이가 없었으며 시술 후의 평균점수에서는 통계상 신문병행시술군이 이침시술군보다 더 유의성 있는 결과를 나타냈다.

IV. 참고문헌

1. 이문호. 내과학. 서울 : 학림사. 1986 : 211-9.
2. 황의완, 김지혁. 동의신경정신과학. 서울 : 현대의학서적사. 1992 : 671-90, 683-9.
3. 이성훈. 까다로운 만성불면증의 원인과 치료. 서울. 1995 : 138.
4. 오진주, 송미순, 김신미. 수면측정 도구의 개발을 위한 연구. 대한간호학회지. 1998 ; 28 : 563-72.
5. 최용태. 침구학. 서울 : 집문당. 1988 : 404-5, 429-30, 522-3, 542-3, 574-5, 1029, 1369-70, 1383-6.
6. 박용진. 임상침법강좌. 서울 : 대성의학사. 2001 : 352-4.
7. Berman TM, Nino-Murcia G, Roehrs T. Sleep disorders take them seriously. Patient Care. 1990 : 85-113.
8. 최하석, 왕성근. "The St. Mary's Hospital(SMH) 수면설문지"의 한국형 표준화 및 연령에 따른 수면 양상 비교. 신경정신의학. 1994 ; 8 : 1095-104.
9. 민성길. 최신 정신의학. 서울 : 일조각. 1995 : 434-50.
10. 대한의과협회분과학회협의회편. 불면증(의학총서②). 서울 : 여문각. 1986 : 19, 35-7, 43, 52, 143, 166.
11. 의학교육연수원편. 가정의학. 서울 : 서울대학교출판부. 1987 : 692, 694, 697.

12. 許浚. 東醫寶鑑. 서울 : 남산당. 1974 : 116-7. : 657-64.
13. 張介賓. 景岳全書. 서울 : 한성사. 1983 : 346-7.
14. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 台北 : 집중서국. 1977 : 36, 90, 226.
15. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. Arch Gen Psychiatry. 1985 : 225-32.
16. 이성훈, 이홍식, 유계준, 김소희. 성인 수면 질환의 빈도 연구. 대한의학회지. 1988 ; 31(6)
17. 차지철, 김한성. 불면의 병인병기 및 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 1997 ; 5(2)
18. 이해정, 임사비나, 최용태. 경전침구학. 서울 : 일중사. p.49.
19. 유복신. 이침요법. 서안 : 협서과학기술출판사. 1991 : 85-6.
20. 이성훈. 불면증의 원인과 발생기전. 수면·정신생리학회지. 1994 ; 1 : 3-8.

<별첨 1> SMH 수면 설문지

1. 당신이 어젯밤 잠자리에 든 시간은 언제입니까?
2. 당신이 어젯밤 실제로 잠이 든 시간은 언제입니까?
3. 당신이 오늘 잠에서 깨어난 시간은 언제입니까?
4. 당신이 오늘 잠자리에서 일어난 시간은 언제입니까?
5. 지난밤 당신의 수면의 정도는?
 ① 매우 얇은 잠 ② 얇은 잠 ③ 약간 얇은 잠 ④ 평균에 가까운 얇은 잠
 ⑤ 평균에 가까운 깊은 잠 ⑥ 약간 깊은 잠 ⑦ 깊은 잠 ⑧ 매우 깊은 잠
6. 지난 밤에는 몇 번이나 깨었습니까?
 ① 깬적이 없다 ② 한번 ③ 두번 ④ 세번 ⑤ 네번 ⑥ 다섯번 ⑦ 여섯번 ⑧ 일곱번 이상
7. 당신의 지난밤 총 수면 시간은?
8. 당신의 어제 낮잠 시간은?
9. 지난밤의 수면에 대하여 당신은 어떻게 생각합니까?
 ① 매우 못 잤다 ② 못 잤다 ③ 약간 못 잤다 ④ 약간 잘 잤다 ⑤ 잘 잤다 ⑥ 매우 잘 잤다
 * 만약 잘 못 잤다면 그 이유는 무엇입니까?
10. 오늘 아침 일어나서 머리가 개운한 정도는 어떠했습니까?
 ① 매우 졸리운 상태였다 ② 졸리운 상태였다 ③ 조금 졸리운 상태였다
 ④ 조금 개운했다 ⑤ 개운했다 ⑥ 매우 개운했다
11. 간밤의 수면에 대해서 얼마나 만족하십니까?
 ① 매우 불만족한다 ② 불만족하다 ③ 조금 불만족하다 ④ 조금 만족한다 ⑤ 완전히 만족한다
12. 일찍 잠에서 깬 후 다시 잠들 수가 없었습니다?
 ① 예 ② 아니오
13. 지난밤에 당신은 잠들기가 어떠하였습니까?
 ① 별로 힘들지 않았다 ② 약간 힘들었다 ③ 상당히 힘들었다 ④ 매우 힘들었다
14. 지난밤 당신이 잠들기까지 걸린 시간은?

<별첨 2>

	매우 그렇다 (1점)	조금 그렇다 (2점)	조금 아니다 (3점)	전혀 아니다 (4점)
1. 잠드는데 오래 걸린다				
2. 자다가 자주 깬다				
3. 자다가 깬 후 다시 잠들기 어렵다				
4. 자다가 많이 뒤척인다				
5. 잠을 깊이 자지 못한다				
6. 수면 장애로 인한 문제가 많다				
7. 꿈 때문에 잘 못잔다				
8. 잠을 잘 못자는 것이 일상생활에 영향을 준다				
9. 잠을 잘 못자는 것이 걱정이 된다				
10. 아침에 깬을 때 굉장히 피곤하다				
11. 밤에 잠을 매우 잘 못잔다				
12. 밤잠이 충분하지 않다				
13. 아침에 잠을 깨는 즉시 잠자리에서 일어난다				
14. 낮잠을 많이 잔다				
15. 아침에 깬 후에 계속 졸린다				