

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 12. No. 2. 2001

不眠을 呼訴하는 中風患者에 대한 體針과 耳針 刺鍼時 效果의 臨床的 考察

박세진* · 이정아* · 이상무** · 안호진** · 박상동*

*東緒韓方病院 韓方神經精神科 **東緒韓方病院 鍼灸科

A clinical study of acupuncture and auricular acupuncture effect on insomnia

Se-Jin Park* · Jeong-A Lee* · Sang-mu Lee** · Ho-Jin An** · Sang-Dong Park*

*Dept. of Neuropsychiatry, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

** Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

Insomnia is one of the most common symptoms of Neuropsychiatry patients. These are many approaches to treat insomnia, but it is difficult to be resolved completely. Acupuncture and Auricular acupuncture have been used for relief insomnia. But it is not sufficient to compare the effect of Acupuncture treatment and Auricular acupuncture treatment. Thus we investigate the effect of Acupuncture treatment group and Auricular acupuncture treatment group.

A clinical analysis was carried out for 40 patients who was treated insomnia with Acupuncture(20 patients) and Auricular acupuncture(20 patients) in Seoul Dong-Seo Oriental Hospital.

1. Total duration of sleeping time showed 1.55 ± 1.1574 hours increased in Acupuncture group and 0.925 ± 1.184 hours increased in Auricular acupuncture group. especially Acupuncture were much more effective method than Auricular acupuncture. P-value was 0.033 (P < 0.05)
2. Delaying time before the onset of sleep showed 0.7375 ± 0.8940 hours decreased in Acupuncture group and 0.7969 ± 1.3298 hours decreased in Auricular acupuncture group. (P < 0.05)
3. The wake times showed 0.9167 ± 1.7299 times decreased in Acupuncture group and 1.2308 ± 1.1658 times decreased in Auricular-acupuncture group in sleep maintenance insomnia. (P < 0.05)
4. Change in quality of sleep showed Excellent 30%, Good 50%, Fair 15%, Poor 5% in Acupuncture group and Excellent 20%, Good 45%, Fair 30%, Poor 5% in Auricular acupuncture group.

key word : Insomnia, Acupuncture, Auricular acupuncture

I. 緒論

교신저자 : 박세진, 서울특별시 서대문구 연희3동
194-37 동서한방병원 의사실(Tel. 02-320-7808, 7807,
011-9970-3408, FAX. 02-334-6746, E-Mail:
lmoxa@hanmail.net)

不眠症은 일반적으로 잠을 자려고 할 때 잠이 잘
오지 않는 증상으로¹⁾, 불면을 주소로 하는 만성
적 병태이다.²⁾

不眠에는 잠들기 힘든 入眠障礙, 중도각성이 많 아지거나 꿈이 많아서 깊이 잠들 수 없는 熟眠障 碍, 아침 일찍 깨어 그 후에는 잠들지 못하는 早 朝覺醒의 세가지 형태가 있다.²⁾ 또한 발생양태에 따라서 정상수면 기전에 일차적으로 장애가 와서 나타나는 경우와 상태에 따라서 이차적으로 나타 나는 불면으로 분류되어 지는데, 일차적인 경우는 다른 질병이나 환경요인이 발견되지 않음에도 불구하고, 수면장애가 유일한 증상이거나 주증상 인 병태가 존재하는 경우로 일차성 수면장애라고 한다. 이차적인 경우는 어떠한 신체적 질병이나 환경요인에 의해서 나타나는 것을 말하며 이차성 수면장애라고 한다.²⁾ 不眠症을 기간에 따라 진단 할 때는 불면증상이 3~4주미만일 때를 短氣 (short term) 혹은 急性 不眠症으로 진단하고 흔 히 임상적으로 不眠症이라 진단하는 경우는 최소 한 3,4주 이상 지속적인 불면증상을 보이는 경우 를 의미한다. 그러므로 不眠症이라고 임상적으로 진단할 때는 이미 3,4주의 급성기를 넘어선 상태 를 말한다. 그러나 급성이후의 기간을 다시 4주 이상 6개월미만일 경우를 亞急性(subacute), 6개 월이상 지속되는 경우를 慢性으로 다시 나누어 진단한다. 6개월 이상 불면이 계속되는 경우는 不眠症이 아주 복잡한 양상을 띄게 된다.³⁾

한의학에서는 不眠症을 失眠⁴⁾⁵⁾, 不寐⁴⁾⁶⁾⁷⁾, 不得臥⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾, 目不瞑⁴⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾, 不得眠¹¹⁾¹⁸⁾, 臥不安⁷⁾¹⁰⁾¹²⁾¹⁹⁾, 不得安寢⁸⁾¹⁰⁾¹²⁾¹⁹⁾이라 표현한다. 불면의 원인은 매우 많으나 張景岳은 邪氣가 있는 것과 邪氣가 없는 것의 두가지로 개괄하였는데, 그는 “寐本乎陰 神其主也 神安即寐 神不安即不寐 其所以不安者 一由邪氣之擾 一由營氣之不足 有邪者多實 無邪者皆虛”라고 하였다.²⁾

뇌혈관장애에 수반되는 정신장애에서 초기증상에는 두통, 현훈, 건망을 비롯하여 이명, 사지비, 상기감, 주의산만, 불면으로부터 易怒, 心氣憂鬱, 環 각, 망상, 성격변화 등이 있다. 두통과 현훈이 초기증상으로서 중요하지만 임상에서는 건망, 易疲 勞, 불면 및 섬망, 경련을 주소로 내원하는 증례가 많다.²⁾ 이런 뇌혈관장애로 인해 여러 신체적 장애를 유발시키는 中風은 급성기에 절대적인 안정을 필요로 한다. 그러나 다수의 중풍환자에서 갑작스런 신체적 변화에 대한 심한 정신적 충격

으로 정서적인 이상상태를 나타낸다. 煩躁와 함 께 심한 경우에는 狂症의 양상을 보이는 경우도 있으나, 쉽게 접할 수 있는 증상이 불면이다. 환 자의 이런 불안정한 상태를 개선시키지 않고서는 中風의 치료가 조속하게 이루어지지 않는다고 본 다.

본 발표자는 이런 불면환자에 대한 치료방법 중 실제로 병원에서 환자에게 적용하기 쉽고, 빠른 효과를 기대할 수 있는 鍼術療法을 이번 연구의 주제로 삼았고, 그 중에서도 문헌적, 임상적으로 불면에 대한 침치료법으로 널리 다용되고 있는 體 針療法과 耳鍼療法을 불면을 호소하는 중풍환자 에게 사용하여 두 침법 중 우수한 치료효과를 기 대할 수 있는 침법을 밝혀 임상에서 유용하게 적 용하고자 하는 것이 이번 연구의 목적이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

본 발표자는 2001년 5월 12일부터 2001년 8월 12일 까지 3개월동안 서울 東緒韓方病院에 입원 치료 중인 중풍환자중 불면을 호소하는 환자40명 을 대상으로 임상연구를 하였으며, 양방 수면제 를 복용하거나 不眠症에 대해 한약 및 Ex제제 등 기타 한방적인 처치가 시행중인 환자는 이번 연구대상에서 제외하였다.

2. 方法

1) 治療方法

체침치료군은 저녁 9~10시사이 다른 치료를 배제한 상태에서 남자는 좌측, 여자는 우측의 照海(補),申脈(瀉)²³⁾²⁴⁾²⁵⁾, 神門⁵⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³²⁾, 三陰交⁵⁾⁸⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾, 內關穴⁵⁾¹⁰⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁹⁾³⁰⁾에 자 침한 후 20분간 留鍼하며, 자침깊이는 경혈에 따 라 5-10mm로 하는 것을 원칙으로 하였다. 照海, 申脈의 補瀉는 九·六補瀉法을 사용하였고, 照海, 申脈穴외에는 補瀉法을 쓰지 않았다. 침은 동방

침구제작소의 0.30×40mm 일회용 stainless毫鍼을 使用하였다. 이침치료군도 역시 체침치료군과 동일한 상태로 남자는 左耳, 여자는 右耳의 神門³³⁾³⁵⁾, 腎³³⁾, 枕³³⁾³⁵⁾, 心穴³³⁾에 압정식 피내침을 刺入하여 다음날 기상시간까지 留鍼하는 것을 원칙으로 하였다. 침은 정화침구제작소의 정화T침(압정식 피내침, Press Needle)을 使用하였다. 두 치료군은 모두 1회치료를 원칙으로 설문지방법을 통해 치료전과 후를 문진하였다.

2) 患者의 分類

본원에 입원치료 중인 중풍환자들 가운데 불면을 호소하는 환자40명을 무작위로 추출하여 성별, 연령, 뇌병변양상, 주소증, 현병력등에 따라 체침치료군과 이침치료군으로 20명씩 균등하게 분배하였다. 환자를 분배하는데 있어서 특정한 원칙은 없었다.

3) 睡眠說問紙를 통한 診斷 및 評價

수면장애는 근본적으로 수면다원검사(poly-somnography; PSG)를 통해서 진단할 수 있다. 그러나 모든 사람에게 PSG를 실시할 수는 없으며 PSG를 실시한다 하더라도 환자에 대한 기본 정보는 환자와의 문진과 여러 설문지 등을 통해 얻어져야 한다.²⁰⁾ 최근 의학에 최첨단 과학이 도입됨으로 대부분의 진단을 그 기계에 의존하게 되어가는 경향이 있지만 아직도 환자에 대한 기본적인 진단과 정보를 얻는데 환자와의 면담과 문진을 가장 중요시 하고 있다. 수면장애의 비실험적 진단방법은 크게 두가지로 나누는데 환자와의 직접적인 면담과 설문지법이 있다. 그러나 사실 이 두가지를 구분하기는 쉽지않다. 설문지는 다시 크게 두 종류로 나눌 수 있는데 환자와의 면담을 효율적으로 하기 위해 환자의 병력을 구조화된 질문지를 통해 알아보는 설문지 방법과 어떠한 특수한 증상을 정량화하거나 표준화하여 그 정도를 조사하는 설문지 방법이 있다.²¹⁾ 본 연구에서는 불면에 대한 증상을 정량화, 표준화하여 환자의 주관적 수면정도를 어느정도 객관적으로 평가할 수 있는 설문지 방법을 이용하였다. 설문지 방법을

통해 환자의 불면정도를 측정된 후 환자에 대한 다른 치료를 배제한 상태에서 체침치료군과 이침치료군의 시술전과 후의 수면변화를 측정하여 치료효과를 평가하였다.

3. 治療結果의 判定基準

본 연구에서는 수면설문지를 통해 불면의 평가를 입면장애에서 입면까지 걸리는 시간, 수면유지장애에서 야간각성의 횟수, 총 수면시간으로 분류하여 각각의 불면을 체침과 이침치료의 전, 후로 나누어 평가하였으며, 환자가 자각하는 수면의 질은 良好, 好轉, 別無變化, 惡化의 4가지 단계로 나누어 치료결과의 판정기준으로 하였다. 결과는 SPSS 9.0 for WINDOWS 프로그램을 이용하여, 체침과 이침치료전과 후의 결과를 Independent-Samples T test 방법으로 통계처리하였다.

III. 研究結果

1. 總 睡眠時間의 變化

총 수면시간의 변화평균(단위 hours)은 체침치료군(n=20)에서는 총 수면시간의 변화가 치료 전 3.83에서 치료 후 5.38로 증가하였으며, 치료 전과 후의 차(이하 '호전도'라 칭함)는 1.55 ± 1.1574 를 나타냈다. (Table I, Fig. 1)

이침치료군(n=20)에서는 치료 전 4.23에서 치료 후 5.15로 증가하였으며, 호전도는 0.93 ± 1.184 를 나타냈다. (Table I, Fig. 2)

총 수면시간의 변화 결과에서 P-value (P<0.05)는 0.033으로서 체침치료군이 이침치료군보다 더욱 유의성있는 결과를 나타냈다. 그러나 두 치료군에서 모두 총 수면시간의 증가를 보였으며 우수한 치료효과를 기대할 수 있다.

Fig. 1 Change of Total sleeping time in Acupuncture group

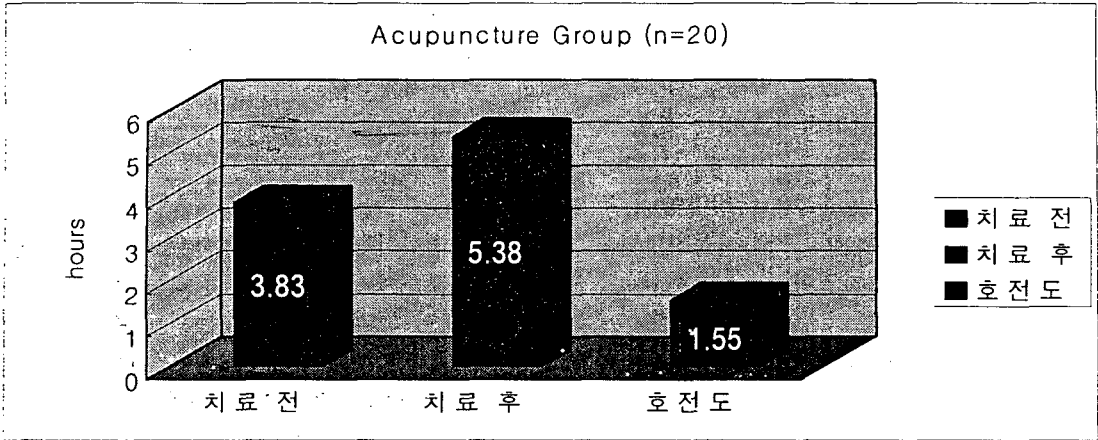


Fig. 2 Change of Total sleeping time in Auricular acupuncture group

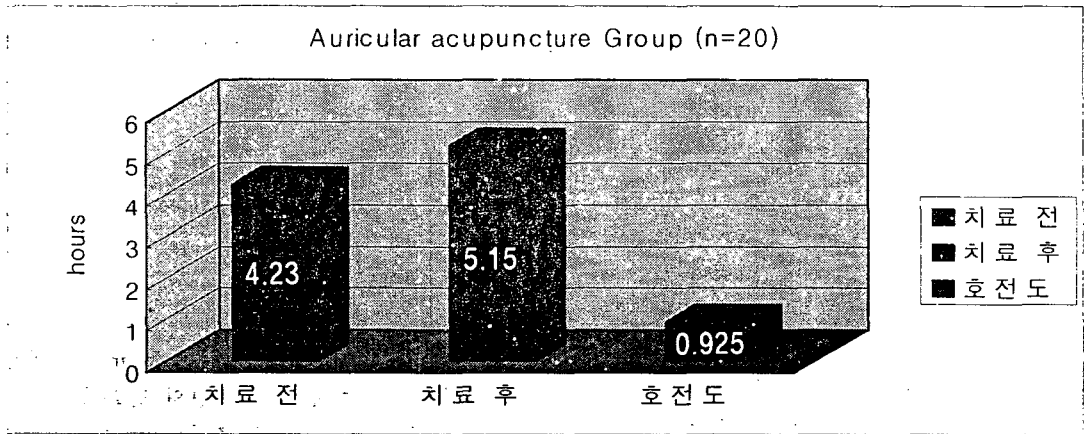


Table 1. Change of Total sleeping time

(단위 hours)

*P <0.05

		Mean & Std.Dev.
체침	치료 전	3.8250 ± 2.3355
	치료 후	5.3750 ± 2.0447
	총 수면시간의 차이	1.5500 ± 1.1574
이침	치료 전	4.2250 ± 1.7128
	치료 후	5.1500 ± 2.0781
	총 수면시간의 차이	0.9250 ± 1.1840

2. 入眠障에서 入眠까지 걸린 時間의 變化

입면장애에서 입면까지 걸린 시간의 변화평균 (단위 hours)은 체침치료군(n=20)에서는 입면까지 걸린 시간이 치료 전 1.84에서 치료 후 1.1로 감소하였으며, 호전도는 0.74±0.8940을 나타냈다. (Table II, Fig. 3)

이침치료군(n=16)에서는 치료 전 1.66에서 치료 후 0.86으로 감소하였으며, 호전도는 0.80±1.3298을 나타냈다. (Table II, Fig. 4)

입면장애에서 입면까지 걸린 시간의 변화 결과에서 P-value(P <0.05)는 0.344를 나타내므로 두 치료군간의 유의성은 없는 것으로 보여진다. 그러나 입면까지 걸린 시간의 변화에서는 두 치료군 모두 우수한 효과를 기대할 수 있다.

Fig. 3 Change of delaying time before sleep in Acupuncture group

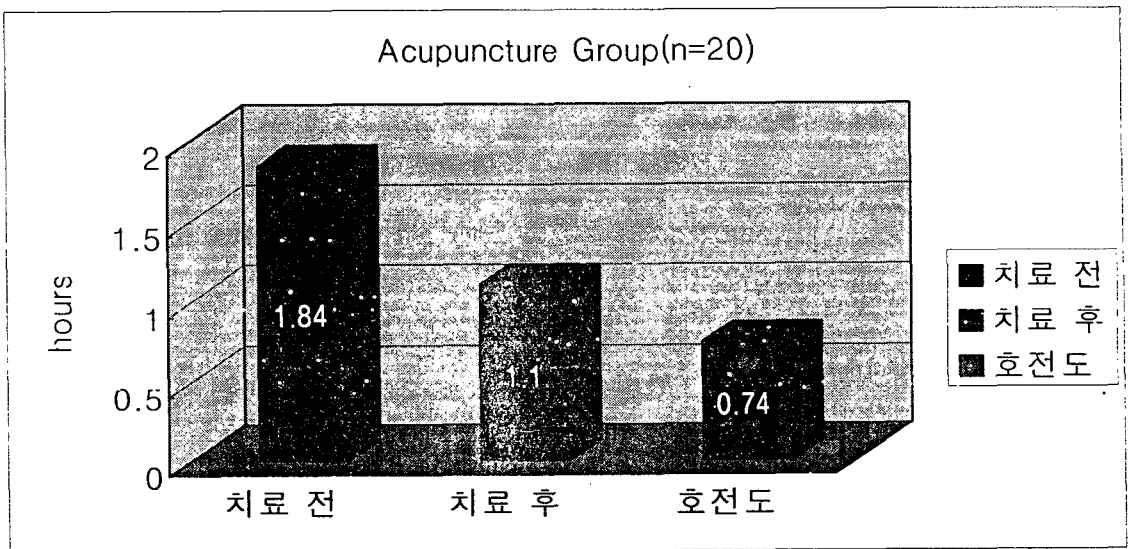


Table II. Change of delaying time before sleep

(단위 hours)

*P <0.05

		Mean & Std.Dev.
체침	치료 전	1.8375±1.0459
	치료 후	1.1000±0.9508
	입면까지 걸린 시간의 차이	0.7375±0.8940
이침	치료 전	1.6594±1.5726
	치료 후	0.8625±1.0859
	입면까지 걸린 시간의 차이	0.7969±1.3298

Fig. 4 Change of delaying time before sleep in Auricular acupuncture group

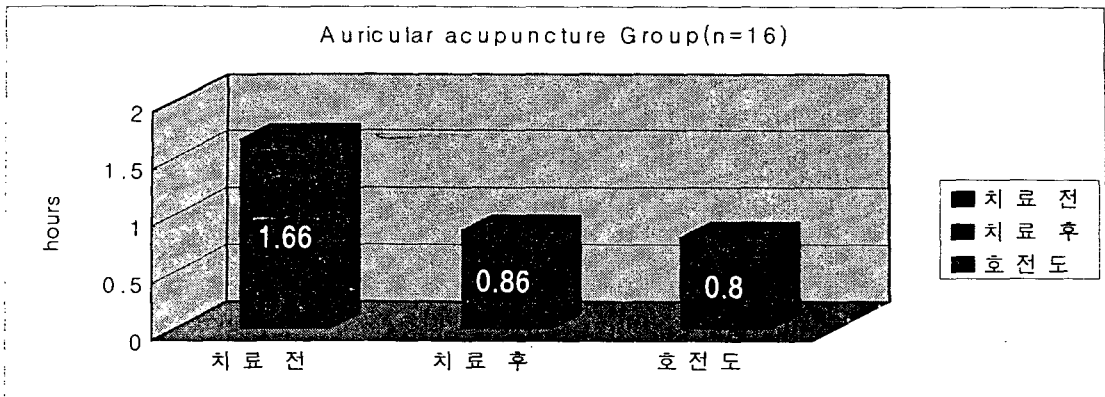


Fig. 5 Change of awake times in Acupuncture group

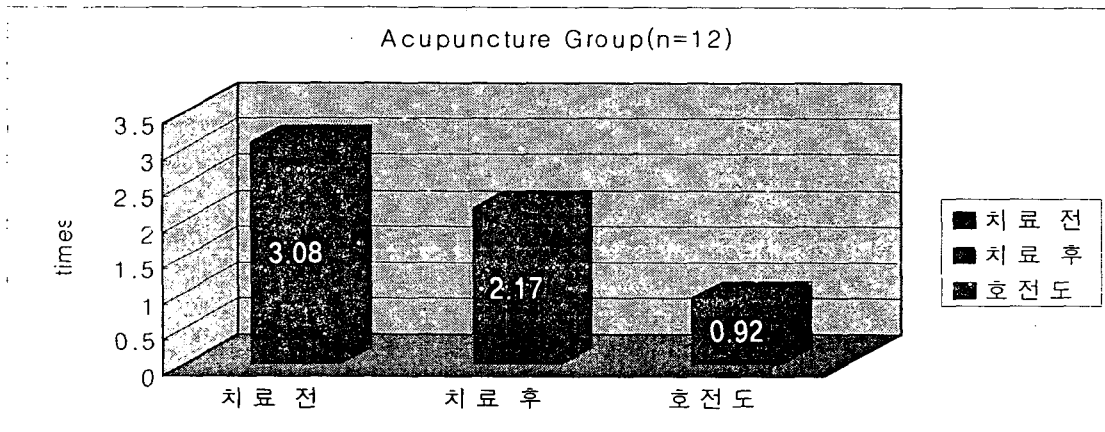


Fig. 6 Change of awake times in Auricular acupuncture group

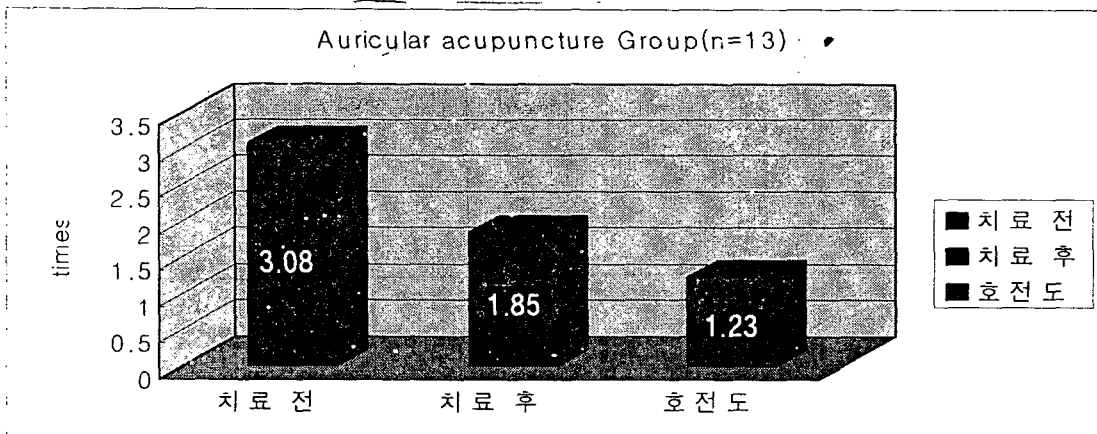


Table III. Change of awake times

(단위 회)

		Mean & Std.Dev.
체침	치료 전	3.0833±2.3143
	치료 후	2.1667±1.6422
	각성 횟수의 차이	0.9167±1.7299
이침	치료 전	3.0769±2.0191
	치료 후	1.8462±1.7723
	각성 횟수의 차이	1.2308±1.1658

*P <0.05

3. 睡眠維持障礙에서 夜間覺醒 횟수의 變化

수면유지장애에서 야간각성의 횟수평균(단위 회)은 체침치료군(n=12)에서는 치료 전 3.08에서 치료 후 2.17로 감소하였으며, 호전도는 0.92±1.7299를 나타냈다. (Table III, Fig. 5)

이침치료군(n=13)에서는 치료 전 3.08에서 치료 후 1.85로 감소하였으며, 호전도는 1.23±1.1658을 나타냈다. (Table III, Fig. 6)

수면유지장애에서 야간각성 횟수의 변화 결과에서 P-value(P <0.05)는 0.995로 두 치료군간의 유의성은 없는 것으로 보여진다. 그러나 야간각성

횟수의 변화에서는 두 치료군 모두 우수한 결과를 기대할 수 있다.

4. 睡眠의 質의 變化

수면의 질적 변화는 수면실문지를 통해 치료 후의 환자가 자각하는 수면의 질을 알아보았다. 체침치료군(n=20)에서는 良好 6명(30%), 好轉 10명(50%), 別無變化 3명(15%), 惡化 1명(5%)으로 나타났다. (Fig. 7)

이침치료군(n=20)에서는 良好 4명(20%), 好轉 9명(45%), 別無變化 6명(30%), 惡化 1명(5%)으로 나타났다. (Fig. 8)

Fig. 7 Change in quality of sleep in Acupuncture group

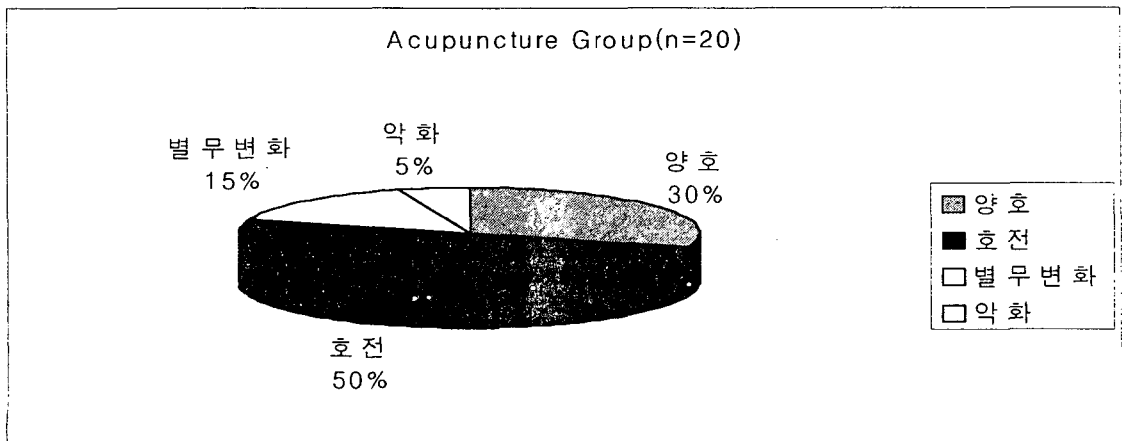
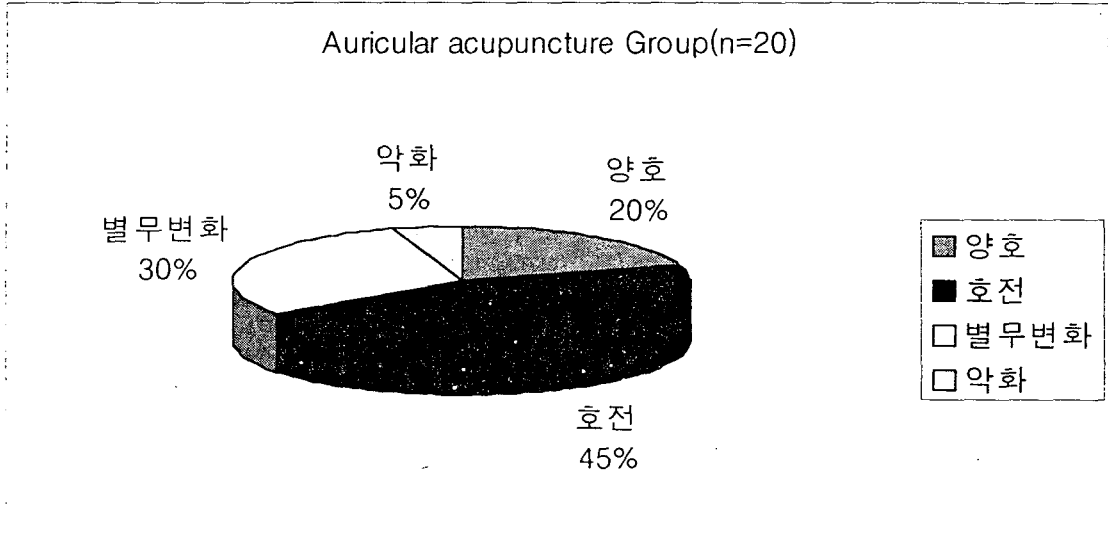


Fig. 8 Change in quality of sleep in Auricular acupuncture group



IV. 考索

불면은 수면장애 중에서도 가장 빈도가 높다. 하룻밤만 전혀 못자는 경우로부터 만성수면부족의 경우까지 불면에는 다양한 정도와 지속도가 있다.²⁾ 신체적 질환으로 인한 불면의 경우에는 병이나 수술에 대한 불안, 동통, 발열, 해수, 소양, 호흡곤란, 빈뇨 등 때문에 불면이 생기는 일이 많다. 이와같은 경우에는 설사 일시적인 불면이라고 생각되는 것이라도 환자의 고통을 부드럽게 하며, 신체적 질병의 치료를 원활하게 하기 위해서도 증상이나 의료내용에 대해서 적절한 설명을 행하여 환자의 불필요한 불안을 제거하도록 노력함과 아울러 정신안정제나 수면약을 투여하여 불면을 치료할 필요가 있다. 또한 신체적 질병에 기인한 증상정신병이 발병한 경우나 뇌기질적 질환의 경우에는 야간에 흥분하기도 하고, 섬망상태를 나타내기도하여 뚜렷한 불면을 수반하는 일이다. 이와같은 경우에도 원인이 된 신체적 질병의 치료와 함께 진정, 최면작용이 강한 항정신병약이나 수면약을 사용하여 불면에 대한 치료를 할 필요가 있다.²⁾ 본원에 입원치료중인 증풍

환자들의 경우도 대부분 증풍발병으로 인한 정신적 충격과 두통, 현훈, 배뇨장애등과 같은 제반증상으로인해 다수에서 불면을 호소한다. 증풍초기에 요구되는 절대적 안정을 위해서 침요법과 함께 Ex제제의 투여가 불면을 호소하는 증풍환자에게 이루어지고 있다. 하지만 연하장애를 나타내는 환자나 의식이 명료하지 못한 환자등 약물의 경구투여가 불가능한 환자에게는 약물요법보다는 침요법을 위주로 치료되어진다.

不眠症에 대한 침구치료에 있어서 歷代醫書에서 인용된 혈위로는 手太陰肺經의 中府, 太淵, 天府 3개혈, 手陽明大腸經의 手三里, 曲池, 合谷 3개혈, 足陽明胃經 大巨, 膺窓, 水突, 條口, 氣衝, 足三里, 豐隆, 天樞, 內庭, 解谿 10개혈, 足太陰脾經의 三陰交, 公孫, 隱白, 陰陵泉, 胸鄉, 大都 6개혈, 手少陰心經의 神門, 通里, 少海 3개혈, 手太陽小腸經의 小海 1개혈, 足太陽膀胱經의 肝俞, 心俞, 脾俞, 肺俞, 腎俞, 胃俞, 膽俞, 大腸俞, 膈俞, 厥陰俞, 天柱, 膏肓, 申脈, 攢竹, 次膠, 魄戶, 魂門, 浮郄, 白環俞, 諛諛, 風門, 大杼 22개혈, 足少陰腎經의 照海, 湧泉, 俞府 3개혈, 手厥陰心包經의 內關, 間使, 大陵, 郄門 4개혈, 手少陽三焦經의 天膠, 關衝, 天井, 顛息 4개혈, 足少陽膽經의 風池, 完骨,

陽陵泉, 肩井, 足竅陰, 輒筋 6개혈, 足厥陰肝經의 行間, 太衝, 期門, 章門 4개혈, 任脈의 中脘, 關元, 巨關, 水分, 氣海, 神闕, 鳩尾, 陰交 8개혈, 督脈의 百會, 身柱, 大椎, 腰陽關, 至陽, 命門, 靈臺, 神庭, 後頂, 強間 10개혈 등이 있다.²²⁾

본 연구에서는 불면에 쓰이는 經穴 중에서 문헌적으로 많이 언급된 照海, 申脈, 三陰交, 神門, 內關穴을 體鍼療法の 치료혈로 채택하였다. 精解鍼灸學²³⁾, 鍼灸治療學²⁴⁾, 鍼灸學²⁵⁾에서 照海, 申脈을, 鍼灸聚英⁸⁾, 鍼灸大成²⁶⁾, 鍼灸臨床經驗方²⁷⁾, 鍼灸治療의 實際²⁸⁾, 鍼灸臨床醫典²⁹⁾, 精解鍼灸學²³⁾, 鍼灸學²⁵⁾, 鍼灸23,000病例驗方³⁰⁾, 鍼灸治療錄³¹⁾, 鍼灸治療手冊⁵⁾, 鍼灸治療學²⁴⁾에서는 三陰交를, 鍼灸治療學各論³²⁾, 鍼灸治療의 實際²⁸⁾, 鍼灸臨床醫典²⁹⁾, 精解鍼灸學²³⁾, 鍼灸學²⁵⁾, 鍼灸23,000病例驗方³⁰⁾, 鍼灸治療錄³¹⁾, 鍼灸治療手冊⁵⁾, 鍼灸治療學²⁴⁾에서는 神門을, 鍼灸臨床醫典²⁹⁾, 精解鍼灸學²³⁾, 鍼灸學²⁵⁾, 鍼灸23,000病例驗方³⁰⁾, 鍼灸治療錄³¹⁾, 鍼灸治療手冊⁵⁾, 鍼灸治療學²⁴⁾, 鍼灸臨床問答¹⁰⁾에서는 內關을 불면의 치료혈로 다루고 있다.

체침치료군에 사용된 혈들을 살펴보면, 照海(Chohae)는 足少陰腎經에 속하며, 八脈交會穴의 하나로 陰蹻脈과 통한다. 異名은 陰蹻로, 足內踝下 4分 陷中에 위치하고, 혈성은 痛經和熱, 泄火疎氣, 淸神志, 利咽喉가 있어서 咽喉腫痛, 扁桃腺炎, 嚔口喉風, 喉中閉塞, 咽頭炎, 無聲症, 月經不調, 子宮脫垂, 足踝關節炎, 足腫, 半身不隨, 高血壓, 下肢痛, 神經衰弱, 不安, 不眠, 癲癇, 陰痒, 便秘, 帶下, 四肢懈怠, 夜間痲疾들을 主治한다. 鍼법은 直刺 3~5分, 留6呼, 斜刺 5分~1寸이다. 鍼響은 酸麻感이 下腿와 踝部로 傳導된다.³³⁾ 申脈(Shinmaek)은 足太陽膀胱經에 속하며, 八脈交會穴의 하나로 陽蹻脈의 所生之處이고, 督脈과 통한다. 異名은 鬼路, 陽蹻, 十三鬼穴之五로, 足外踝下 5분에 위치하고, 혈성은 疏表邪, 治風痰, 寧神志, 舒筋脈이 있어서 頭痛, 後頭痛, 神經性頭痛, 高血壓, 腦髓膜炎, 眩暈, 項強, 眼炎, 腰腿痛, 肩背脊痛, 坐骨神經痛, 精神分裂症, 言語障礙, 精神病, 脚氣紅腫, 下肢無力 등을 主治한다. 鍼법은 直刺 2~4分, 留10呼, 斜刺 3~5分, 鍼尖은 下向하여 자입한다. 鍼響은 국소에 酸脹感이 있다.³³⁾ 神門(Shinmun)은 手少陰心經에 속하며, 心經의 兪穴

이다. 異名은 厲兌, 兌衝, 中都, 銳中으로, 掌後 銳骨端陷中에 위치하고, 혈성은 安心寧神, 淸火涼營, 淸心熱, 調氣逆이 있어서 神經衰弱, 健忘, 神經性心悸亢進, 精神分裂症, 癲癇, 失神, 心痛, 怔忡, 舌肌麻痺, 失眠, 腕關節痛, 手臂攣急, 咽乾, 心煩, 惡寒, 身熱, 不嗜食, 目黃, 脇痛, 胃脘痛, 無脈症, 心實症등을 主治한다. 鍼법은 直刺 2~5分, 瀉子 5~8分이다. 鍼響은 국소에 酸脹感이 있으며 麻電感이 指端으로 확산되기도 한다.³³⁾ 三陰交(Samumgyo)는 足太陰脾經에 속하고, 足厥陰肝經과 足少陰腎經의 交會穴이다. 妊娠婦에는 禁忌穴이기도 하다. 異名은 太陰, 承命, 下三里이며, 足內踝上3寸 骨下陷中에 위치하고, 혈성은 補脾土, 助運化, 通氣滯, 疏下焦, 調血室精官, 祛經絡風濕이 있어서 男女生殖器疾患, 陽萎, 月經不調, 白帶下, 不孕, 遺精, 消化不良, 食欲不振, 胃痛, 不安, 不眠, 怔忡, 虛勞, 咳嗽, 體痛, 身重, 四肢不舉, 臍下痛不可忍, 產後血暈, 崩漏, 胎衣不下, 陰莖痛, 癰閉, 痛經, 消渴, 膝股內廉痛, 脚氣, 癩疹, 水腫, 神經衰弱, 脾胃虛弱, 心腹脹滿, 溏泄, 男女夢交洩精을 주치한다. 鍼법은 直刺 1寸~1寸5分, 斜刺 1~2寸, 足部病 治療時는 鍼尖을 약간 후방으로 향해 1寸~1寸5分 자입한다. 구간질환 치료시는 鍼尖을 약간 上向하여 1寸5分~2寸 刺入한다. 혹懸鍾穴로 透刺하기도 한다. 鍼感은 局所에 酸脹麻感이 있다.³³⁾ 內關(Nae-gwan)은 手厥陰心包經에 속하고, 心包經의 絡穴로, 八脈交會穴의 하나이며, 陰維脈과 통한다. 掌後 去腕2寸兩筋間에 위치하고, 혈성은 疏三焦, 安心安神, 寬胸理氣, 和胃, 鎮靜鎮痛이 있어서 心痛, 心悸, 一切內傷, 心痛腹脹, 胸滿腹痛, 胃痛, 胃炎, 腸炎, 腹膨滿, 嘔逆, 肘腕腋痛, 肘臂神經痛, 頭痛, 高血壓, 耳鳴, 不眠, 怔忡, 嘔吐, 脾胃不和, 暑病, 遺精, 脚氣, 虛勞, 咳嗽, 黃疸, 胃脘部疼痛등을 主治한다. 鍼법은 直刺 5分~1寸, 或은 外關穴쪽으로 1寸5分 透刺해도 되며, 瀉子 3分~2寸이다. 鍼響은 麻電感이 肘나 腋窩, 胸部로 擴散되거나 麻電感이 指端으로 방산된다.³³⁾

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 치료법이다.³⁵⁾ 고대동양의학을 근거로 광범

위하게 활용되는 전문의술로 발전되어 왔다.古今을 통하여 여자의 미용장식품으로 耳垂를 천공하여 각종 귀걸이를 장식하는 방법이 유행되어 왔는데, 이것은 일종의 耳鍼療法으로 안과질환을 치료하는 方法이었다고 하여 질병이 치료될 수 있다는 가능성을 제시하였다. 현재의 耳鍼療法은 프랑스 의사인 P. Nogier가 개발한 것으로 귀에 화상을 입음으로써 좌골신경통이 치료되었다는 말에 암시를 얻어 임상에서도 양호한 효과를 얻게 되어 이를 1956년 Marseille에서 개최된 국제 침구의학회에 보고함으로써 시작되었다.³³⁾ 중국에서도 고대로부터 이를 이용하여 질병을 치료하였다는 기록이 문헌에 나타나 있다. 춘추전국시대에 扁鵲이 구급치료로서 환자의 귀에 자침하였다고 하였으며, 張仲景이 卒死한 환자에게 급히 菲莖을 搗亂하여 환자의 귀에 붙였다는 설이 있으며, 孫思邈은 耳後를 숙으로 뜨면 耳聾, 耳鳴이 치료된다고 하였고 耳中孔上의 橫梁을 취하여 急性肝炎이나 寒暑疫毒 등을 치료하고, 耳上의 髮際를 취하여 癭氣를 치료한다고 하였다. 현재 이침요법은 다각적인 임상활용을 통하여 동통완화와 신경계, 내분비계 등의 병증에 효과가 있음을 보여주고 있으며 이침마취에까지 발전하였다.³³⁾ 耳針療法³⁴⁾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, 緣中을 양쪽 귀에 취한다고 하였다. 본 연구에서는 耳鍼療法에서 쓰이는 여러 치료혈중에 鍼灸學³³⁾, 臨床鍼法講座³⁵⁾에서 不眠症의 치료혈로 기술한 神門, 腎, 枕, 心穴을 채택하였다.

神門³³⁾³⁵⁾은 三角窩部에 속하며, 骨盤腔穴의 內上方에 위치한다. 대뇌피질의 흥분과 억제를 조절하는 작용이 있으며, 진정, 진통, 항allergy작용도 있다. 神經症, 精神分裂症, 癲癇등 精神神經系統의 각종 질환, 고혈압, 건성해수, allergy성 천식, 소양증, 각종 원인에 의한 동통에도 쓰인다. 본 혈은 침자마취의 주혈이기도 하며, 신경을 많이 쓸 때 머리가 맑아지고 시원해지는 느낌이 있다. 腎³³⁾은 耳甲介腔部에 속하며, 小腸穴의 上方에 위치한다. 強壯穴로서 대뇌, 신, 조혈기에 대하여 補益作用이 있다. 대뇌발육부전, 기억력감퇴, 신경쇠약, 현훈, 두통, 전신권태, 무력, 신경성

난청, 이명, 청력감퇴, 탈모, 반독, 안질환, 산부인과·비뇨생식기계질환(불임증, 성기능장애 등), 골절의 유합불량, 牙齒動搖, 치주위염, 재생불량성빈혈, 백혈병, 부종, 전해질평형실조, 만성인후염, 五更瀉 등에 쓰인다. 枕³³⁾³⁵⁾은 耳珠對珠部에 속하며, 對珠의 後上方에 위치한다. 정신·신경계 질환, 뇌막자극증상에 쓰이는데, 痙攣, 角弓反張, 牙關緊急, 頸項強直, 정신분열증, 배멀미, 차멀미의 예방과 치료에 이용되며, 소염, 진정진통, 항shock 등의 작용도 있다. 특히 진정효과, 불면증 치료에 좋다. 心³³⁾은 耳甲介腔部에 속하며, 耳甲介腔正中의 陷凹處에 위치한다. 강심, 항shock, 혈압의 상승·하강 등의 작용이 있으며, 각종 정신병, 설염, 폐색성맥관염, 빈혈 등에 쓰인다.

불면에 대한 한의학적 치료방법 중에서 가장 쉽게 접근하고, 빠르게 효과를 볼 수 있는 것이 침요법이다. 침요법은 주로 毫鍼을 사용하는 치료이며, 이는 임상에서 가장 일반적으로 사용되는 것으로 鍼具도 고대 九針 중 毫針으로부터 다양하게 발전하였으며, 역대 침구문헌에서 기술한 각종 手技補瀉方法은 대개가 毫針을 임상에 응용한 것이다.³³⁾ 또한 근래에 들어 毫針을 이용한 體鍼療法과 함께 다양한 침요법이 이용되고 있는데, 그 중 대표적인 것이 耳鍼療法이다. 朴²²⁾은 문헌적 고찰을 통해 불면의 침치료에 대한 근거를 제시하였으나, 임상적인 치험에 대한 내용은 다루어지지 않았다. 그래서 본 연구에서는 體鍼療法과 耳鍼療法을 불면환자에게 시술하여 비교적 객관적인 판단기준에 의하여 효과를 입증하고자 하였고, 아울러 두 치료 중 不眠症의 치료에서 유효한 결과를 나타내는 것이 무엇인지를 밝혀보았다. 하지만 연구과정중에서 환자와의 문진을 통한 수면 설문지방법을 이용하여 수면의 정도를 측정할 수는 있었으나, 수면시 환자의 뇌파변화를 측정하는 등의 더욱 객관적인 결과는 여러 제약으로 인해 얻을 수 없었다. 앞으로 이에 대한 추가적인 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

V. 結論

불면을 호소하는 중풍환자 40명을 무작위추출하여 성별, 연령, 뇌병변양상별로 체침치료군과 이침치료군으로 20명씩 균등하게 분류하여 각각의 치료군별로 정해진 원칙에 따라 시술한 결과 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

1. 총 수면시간의 평균변화(단위 hours)는 체침치료군(n=20)에서는 치료 전 3.38250 ± 2.3355 에서 치료 후 5.3750 ± 2.0447 로 증가하였고, 호전도는 1.55 ± 1.1574 를 나타냈다. 이침치료군(n=20)에서는 치료 전 4.225 ± 1.7128 에서 치료 후 5.15 ± 2.0781 로 증가하였고, 호전도는 0.925 ± 1.184 를 나타냈다. P-value는 0.033으로 체침치료군이 이침치료군에 비해서 보다 유의성있는 결과를 볼 수 있었다. (P < 0.05)

2. 입면장애의 경우, 입면까지 걸리는 시간의 평균변화(단위 hours)는 체침치료군(n=20)에서는 치료 전 1.8375 ± 1.0459 에서 치료 후 1.1 ± 0.9508 로 감소하였고, 호전도는 0.7375 ± 0.8940 을 나타냈다. 이침치료군(n=16)에서는 치료 전 1.6594 ± 1.5726 에서 치료 후 0.8625 ± 1.0859 로 감소하였고, 호전도는 0.7969 ± 1.3298 을 나타냈다. P-value는 0.334로 두 치료군 사이의 유의성있는 차이를 나타내지는 못했다. (P < 0.05)

3. 수면유지장애의 경우, 야간각성 횟수의 평균변화(단위 회)는 체침치료군(n=12)에서는 치료 전 3.0833 ± 2.3143 에서 치료 후 2.1667 ± 1.6422 로 감소하였고, 호전도는 0.9167 ± 1.7299 를 나타냈다. 이침치료군(n=13)에서는 치료 전 3.0769 ± 2.0191 에서 치료 후 1.8462 ± 1.7723 으로 감소하였고, 호전도는 1.2308 ± 1.1658 을 나타냈다. P-value는 0.995로 두 치료군사이의 유의성있는 차이는 나타내지 못했다. (P < 0.05)

4. 수면의 질적변화는 체침치료군(n=20)에서는 良好6명(30%), 好轉10명(50%), 別無變化3명(15%), 惡化1명(5%)을 나타냈으며, 이침치료군

(n=20)에서는 良好4명(20%), 好轉9명(45%), 別無變化6명(30%), 惡化1명(5%)의 결과를 나타내었다.

본 연구에서는 불면을 호소하는 중풍환자를 대상으로 각각 체침과 이침을 시술하여 치료결과를 비교해 보았다. 이상의 결과를 보면, 두 치료 모두 총 수면시간의 변화, 입면장애에서 입면까지 걸리는 시간의 변화, 수면유지장애에서 야간 각성의 횟수의 변화에서 일정한 결과를 나타냈으며, 특히, 수면에 대한 기본적인 지표인 총 수면시간의 평균변화에서 체침치료군이 이침치료군에 비해 유의성있는 결과를 나타낸 것이 괄목할 만하다. 이번 연구를 통해서 침치료가 수면의 질적향상을 도모할 수 있다는 것을 알 수 있었다. 앞으로 불면의 다양한 침치료방법에 대한 비교연구를 하여 불면증에 있어서 유효한 치료방법을 개발해야할 것으로 사료된다.

VI. 參考文獻

1. 蔡仁植. 韓方臨床學, 서울, 大星文化社, 1987; 185
2. 黃義完 외. 東醫精神醫學, 釜山, 現代醫學書籍社; 683-8, 671-5
3. 이성훈. 까다로운 慢性不眠症의 原因과 治療, 서울, 수면-정신생리 2(2)1995;138
4. 林 琴. 類證治裁, 台北, 旋風出版社, 1979; 257-8
5. 李炳國. 鍼灸治療手冊, 서울, 癸丑文化社, 1981; 209-10
6. 莊育民. 鍼灸治療實錄, 臺灣, 協林邱書館有限公司, 中華民國, 1983; 88-89
7. 李 槌. 醫學入門, 서울, 南山堂, 1985; 239-240
8. 高 武. 鍼灸聚英, 上海, 上海科學出版社, 1978; 20
9. 孫思邈. 備急千金要方, 서울, 大星文化社, 1984; 535-6, 538
10. 孫學全. 鍼灸臨床問答, 濟南, 山東科學技術出版社, 1987; 192
11. 王 燾. 外臺秘要, 北京, 人民衛生出版社, 1982; 91-2

12. 王執中. 鍼灸資生經, 臺北, 旋風出版社, 1973; 10-11
13. 張仲景. 仲景全書, 서울, 大星文化社, 1984;357
14. 許俊. 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, 1980;116-7
15. 孫一奎. 赤水玄珠, 上海, 海著易堂版本, 1914; 14-5
16. 李中梓. 醫宗必讀, 台北, 文光圖書有限公司, 1977;376
17. 張介賓. 景岳全書, 서울, 翰成社, 1983;344-6
18. 秦之楨. 傷寒大白, 北京, 人民衛生出版社, 1982; 179-80
19. 張介賓. 類經圖翼, 서울, 成輔社, 1982;170-1, 174
20. Reite M, Nagel K and Ruddy J. Evaluation and Management of sleep Disorders. Washington DC, APA press, 1990;6
21. 이성훈. 수면실문지를 통한 睡眠障碍의 診斷, 서울, 수면-정신생리 2(1):44-54, 1995;44
22. 朴文祥의. 睡眠障碍의 病因病機 및 鍼灸治療에 關한 文獻的 考察, 大田大學校 韓醫學研究所 論文集 第6卷 第2號, 1998;13-4
23. 崔容泰의. 精解鍼灸學, 서울, 杏林書院, 1974; 843-4
24. 林鍾國. 鍼灸治療學, 서울, 集文堂, 1986;310, 733
25. 上海中醫學院編. 鍼灸學, 香港, 商務印書館, 1982;107
26. 楊繼洲. 鍼灸大成, 서울, 大星文化社, 1984;406-7
27. 柳谷素靈. 鍼灸臨床經驗方, 서울, 杏林書院, 1964;262
28. 代田文誌 : 鍼灸治療의 實際, 東京, 創元社, 昭和42;313-318
29. 間中喜雄 : 鍼灸臨床醫典, 서울, 東洋綜合通信大學教育部, 1968;187-8
30. 古錦芬의. 鍼灸23,000病例驗方, 北京, 震旦圖書公司, 1977;67
31. 上海中醫學院 鍼灸教研組編. 鍼灸學講義錄, 香港, 醫林書局, 1974;189, 219, 222
32. 花田傳 : 鍼灸治療學各論, 東京, 醫齒藥出版社, 昭和38;115-6
33. 崔容泰의. 鍼灸學, 서울, 集文堂1988;542-3 522-3, 429-30, 404-5, 574-5, 1029, 1369-70, 1383-6
34. 劉福信. 耳鍼療法, 西安, 陝西科學技術出版社 1991;85-6
35. 朴容珍의. 臨床鍼法講座, 서울, 大成醫學社 2001;352-4