

뇌혈관 장애 환자의 불면증에 대한 酸棗仁湯의 치료효과에 대한 임상연구

홍현우 · 이성도 · 감철우 · 박동일*

동의대학교 부속 한방병원 5내과학교실

Clinical Study of Sanjoin-Tang on Insomnia Patients with Cerebrovascular Accident

Hyun Woo Hong, Sung Do Lee, Chul Woo Gam, Dong Il Park*

Department of Oriental Medicine, Graduate School, Dong-Eui University

This research study has been conducted to identify and evaluate the effectiveness of Sanjoin-Tang(酸棗仁湯) for insomnia relief. The clinical testing of Sanjoin-Tang(酸棗仁湯) was carried out at Oriental Medical Center of Dong-Eui University with the participation of 30 patients. The results of Sanjoin-Tang(酸棗仁湯) treatments show as follows: Change of total amount of sleep showed 1.75±2.23 hours of increase.(p-value=0.001, respectively) Change of average delaying bedtime before and after the treatment showed 1.57±2.50 hours of decrease.(p-value=0.001, respectively) Change of average bedtime arousal before and after the treatment showed 0.96±1.46 times of decrease. (p-value=0.004, respectively) Change of sleep quality after the treatment has improved. According to statistical results, Sanjoin-Tang(酸棗仁湯) has proven effective for reducing sleep disorders, and this, restoring normal sleep patterns.

Key words : insomnia, Sanjoin-Tang(酸棗仁湯)

서론

睡眠은 의식이 정지된 휴식상태를 말하는 것으로 인간의 생리 중 자연발생적 현상의 하나로¹⁾, 식욕이나 성욕에 못지 않게 본능적으로 생명의 유지에 필요한 생리현상이다. 수면요구량은 유전인자와 어릴 적의 환경 및 신체적, 정신적 상태에 따라 광범위한 개인차를 나타내는데 이러한 정상적인 수면의 불규칙성이 극심해지면 신체부조의 허다한 근원이 되며 동시에 부자연한 형태의 각성이 될 수 있다²⁾. 수면장애는 정상인에서도 약 15~42.5%에서 현재 경험하고 있거나 경험한 적이 있으며³⁻⁶⁾, 수면장애의 원인으로는 정신심리적인 문제를 비롯하여 사회생활리듬의 변화, 약물, 신체적 질환 등이 알려져 있는데⁷⁻⁹⁾, 만성 신체질환환자에서는 정상인에 비하여 수면장애의 발병율이 높다고 알려져 있다^{3-5,7,8)}. 不眠症은 수면장애 가운데 가장 대표적인 장애의

하나로서, 수면의 어려움을 호소하는 증상으로 정의되는데, 不眠症의 시점에 따라 입면 장애, 수면 유지 장애, 조기 각성 상태 등으로 구분된다¹⁰⁾.

不眠은 한의학에서는 ‘目不瞑’, ‘不得眠’, ‘不得臥’, ‘小瞑’, ‘寤’, ‘不寐’, ‘少睡’ 등으로 칭하였는데 통상적으로 ‘失眠’, ‘不眠’이라고 稱한다¹¹⁻¹³⁾. 그 辨證施治로는 心脾血虧, 陰虧火旺, 心虛膽怯, 胃中不和, 病後虛煩失眠, 老年人夜寐早醒而無虛煩 등이 있으며, 이에 대한 治法으로는 補養心脾, 滋補腎陰, 清心降火, 益氣鎮驚, 安神定志, 和胃消滯, 化痰清熱, 養血安神 등이 있다¹⁴⁾.

酸棗仁湯은 張仲景의 《金匱要略》에 최초로 나오는 처방으로¹⁵⁾, 《東醫寶鑑·寒門·傷寒差後雜證》에는 酸棗仁炒, 麥門冬, 知母, 川芎, 白茯苓, 乾薑으로 구성되어 있으며¹⁶⁾, 그 주치는 養血安神하고 清熱除煩하는 效能이 있어 虛熱과 虛煩을 除去하여 睡眠을 편하게 하여¹⁷⁾, 엑스제제로 널리 활용되어 임상에서 不眠의 治療에 多用되고 있다.

不眠에 대한 연구로는 車 등¹⁸⁾은 不眠의 病因病機 및 鍼灸治療에 관한 文獻의 考察을, 許 등¹⁹⁾은 分心氣飲加味方이 睡眠障礙와 情緒性에 미치는 影響을, 朴 등²⁰⁾은 睡眠障礙(不眠, 嗜眠)의

* 교신저자 : 박동일, 부산시 진구 양정2동 산45-1, 동의대학교 부속한방병원
· E-mail : dipark@deu.ac.kr, · Tel : 051-850-8650
· 접수 : 2004/10/02 · 수정 : 2004/10/30 · 채택 : 2004/11/26

病因病機 및 鍼灸治療에 관한 文獻的 考察을, 桂 등²¹⁾은 不眠에 對한 東·西醫學的 考察을, 이 등²²⁾은 酸棗仁炒 藥鍼의 不眠治療에 대한 臨床研究를, 李 등²³⁾은 不眠症의 辨證論治를, 소 등²⁴⁾은 뇌혈관 장애환자의 不眠症에 대한 이침요법과 신문혈자침 병행 시술의 치료효과에 대한 비교연구를, 朴 등²⁵⁾은 不眠症에 대한 鍼灸治療의 文獻的 考察을 연구한 바가 있다.

이에 본 저자는 뇌혈관 장애로 입원치료를 받고 있으며, 不眠의 기왕력이 없거나 不眠을 주소로 하지 않았던 환자 중 不眠을 호소하는 환자를 대상으로 문헌적으로 不眠에 효과가 있다고 밝혀져 있고, 동의대학교 부속한방병원에서 多用하고 있는 酸棗仁湯 엑스제를 환자의 辨證과 상관없이 일괄적으로 투여하여 酸棗仁湯 엑스제가 不眠에 효과를 가지는 지에 대해 다음과 같은 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

연구대상 및 방법

1. 임상 대상

2004년 7월 1일부터 2004년 9월 30일까지 3개월 동안 동의대학교 부속한방병원에서 뇌혈관 장애로 입원치료를 받고 있으며, 不眠의 기왕력이 없거나 不眠을 주소로 하지 않았던 환자 중 不眠을 호소하는 환자 26명을 대상으로 동의대학교 부속한방병원에서 多用하고 있는 酸棗仁湯엑스제를 오후 9시에 한 포씩 3일간 투여하여 그 치료 결과를 연구하였다.

2. 선정기준 및 제외기준

동의대학교 부속한방병원에서 뇌혈관 장애로 입원치료를 받는 환자 중 不眠의 기왕력이 있거나 不眠을 주소로 하는 환자와 통증 등에 의해 이차적으로 발생한 不眠환자로 不眠에 대한 원 인치료를 하고 있거나 양방 수면제나 침구 치료를 받고 있는 환자는 연구대상에서 제외하였다.

3. 실험재료 및 투여방법

한국신약에서 제조된 酸棗仁湯으로 《東醫寶鑑·寒門·傷寒差後雜證》에 기록되어 있는 용량의 비율로 된 처방을 투여하였다(Table 1)¹⁶⁾.

Table 1. Prescription of Sanjoin-Tang

本草名 (Herb Name)	生藥名 (Herb Name)	重量 (Weight, g)
酸棗仁(炒)	Parched seed of <i>Ziziphus spinosa</i> Hu.	2.5g
麥門冬	Root of <i>Liriope platyphylla</i> WANG et TANG	1.88g
知母	Root of <i>Anemarrhena asphodeloides</i> BUNGE	1.88g
白茯苓	Root of <i>Poria cocos</i> (SCHW.) WLOF	1.25g
川芎	Root of <i>Cnidium officinale</i> MAKINO	1.25g
乾薑	<i>Zingiberis officinale</i> ROSE.	0.28g
甘草(炙)	Broiled root of <i>Glycyrrhiza uralensis</i> FISCH.	0.28g
Total amount		9.29g

처음 不眠에 대한 처치를 요구한 날에 酸棗仁湯을 1포 투여하고 다음날과 그 다음날 2일 동안 오후 9시에 酸棗仁湯을 1포씩 투여하여 3일간 매일 酸棗仁湯 1포씩 입면 전에 투여를 유지하였다.

4. 조사항목 및 측정방법

시술결과는 첫날 酸棗仁湯 1포를 투여한 직후, 설문지를 작성하게 하고 3일동안 투여가 끝난 후 다음날 설문지를 작성하게 하여 조사하였다.

설문지는 한국형 표준화 작업을 시행하여 정상인 뿐 아니라 정신과 환자에서도 일반적인 수면형태를 조사할 수 있는 SMH설문지를 이용하였으며²⁶⁾, 설문지는 환자와 직접 면담하여 연구자가 작성하였고 환자가 직접 대답하기 힘든 경우에는 보호자와 직접 면담하여 작성하였다.

5. 통계 처리

통계적 처리는 Spss 10.0 for windows를 이용하였고, 모든 측정값은 평균±표준편차로 표시하였다. 숫자는 소수점 셋째자리에서 반올림하였다. 분석은 Wilcoxon signed rank test를 사용하여 유의성을 검정하였으며 p-value가 0.05 미만인 경우에 유의성이 있는 것으로 인정하였다.

연구결과

1. 환자의 일반적인 사항

총 26명의 환자 중 연령 분포는 40대가 3명, 50대가 6명, 60대가 11명, 70대가 6명으로 60대가 가장 많았으며, 연령 평균은 63.15±9.59세이었다. 성별분포는 남자 6예 여자 20예이었다(Table 2).

Table 2. Characteristics of Patients

	Age	Sex(M:F)
Patients	63.15±9.59*	6:20

* : Mean(range), * 소수점 이하는 소수점 2째자리에서 반올림 함

2. 총 수면시간의 변화

총 수면시간은 환자가 실제로 잠든 시간부터 다음날 잠에서 깨어난 시간의 합을 말하며, 총 수면시간의 변화평균(단위 hours)은 투여 전 4.05±1.87에서 투여 후 5.80±1.88로 증가하였으며, 그 차이는 1.75±2.23이었고, 통계 처리 결과 p-value가 0.001로 통계상 유의한 차이가 있었다(Table 3).

Table 3. Change of Total Sleeping Time

	Total(26)
Mean ± Std. Dev.	
T0(hours)*	4.05±1.87
T1(hours)**	5.80±1.88
T1-T0(hours)	1.75±2.23
p-value	0.001

*T0 : 시술 전 **T1 : 시술 후(이하 동)

3. 입면까지 걸린 시간의 변화

입면까지 걸린 시간은 환자가 不眠으로 인해 酸棗仁湯을 복용한 직후부터 실제로 잠들기 까지 걸린 시간으로, 酸棗仁湯 투여시간부터 환자가 스스로 실제로 입면까지 걸린 시간의 변화평균(단위 hours)은 투여 전 2.69±2.45에서 투여 후 1.12±0.97로 감소하였고, 그 차이는 1.57±2.50이었으며, 통계 처리 결과 p-value가 0.001로 통계상 유의한 차이가 있었다(Table 4).

Table 4. Change of Average Delaying Time before Sleeping before and after the Treatment

		Total
Mean ± Std. Dev.	T0(hours)	2.69±2.45
	T1(hours)	1.12±0.97
	T0-T1(hours)	1.57±2.50
p-value		0.001

4. 야간각성 횟수의 변화

야간각성 횟수는 수면 도중에 깨어난 횟수를 0회에서 7회 이상의 단계로 나눈 것으로, 야간각성 횟수의 변화평균(단위 times)은 투여 전 3.42±1.81에서 투여 후 2.50±1.10으로 감소하였고, 그 차이는 0.96±1.46이었으며, 통계 처리 결과 p-value가 0.004로 통계상 유의한 차이가 있었다(Table 5).

Table 5. Change of Average Awake Times during Sleeping before and after the Treatment

		Total
Mean ± Std. Dev.	T0(times)	3.42±1.81
	T1(times)	2.50±1.10
	T0-T1(times)	0.96±1.46
p-value		0.004

5. 수면의 질적 변화

수면의 질적 변화는 투여 전과 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.

투여 전에 환자가 자각하는 수면의 질은 우수 0명(0%), 양호 5명(19.2%), 별무변화 15명(57.7%), 불량 6명(23.1%)으로 나타났으며, 투여 후 환자가 자각하는 수면의 질은 우수 1명(3.8%), 양호 15명(57.7%), 별무변화 8명(30.8%), 불량 2명(7.7%)으로 나타났다(Table 6).

Table 6. Change of Sleeping after the Treatment

	Total(%)	
	T0	T1
Excellent	0명(0%)	1명(3.8%)
Good	5명(19.2%)	15명(57.7%)
No remarkable change	15명(57.7%)	8명(30.8%)
Failure	6명(23.1%)	2명(7.7%)
Total	26(100%)	

고 찰

睡眠은 인간의 식욕, 성욕과 더불어 가장 기본적인 욕구로 인간의 전 생애를 통해 가장 많은 시간을 차지하고 있다. 또한 수면의 기능으로는, 첫째로는 낮 동안 소모되고 손상된 부분, 특히 중추 신경계를 회복시켜 주는 기능과 둘째 발생학적 기능, 셋째 인성학적 기능, 다섯째 감정조절기능으로 신체의 불쾌하고 불안한 감정들을 꿈과 정보처리를 통해 정화되어 아침에는 상쾌한 기분을 갖도록 해 준다²⁷⁾. 이렇게 중요한 수면에 장애가 생기게 되면 신체적, 정신적으로 영향을 미쳐 개인의 장애뿐만 아니라

사회적, 직업적 혹은 다른 기능면에 있어서 임상적으로 심각한 장애를 초래할 수 있다¹⁰⁾. 수면장애는 국제수면장애분류와 DSM-IV의 수면장애의 분류가 있으며, 국제수면장애분류의 수면장애는 크게 4개의 범주로 나뉘는데, 이는 주로 환자가 호소하는 증상과 원인에 따라 이상수면, 사건수면, 내과적 정신과적 장애와 동반된 수면장애, 제안적 수면장애로 분류하고 있다. DSM-IV에서는 원발성 수면장애, 사건수면, 정신장애와 연관된 수면장애, 신체질환 및 약물중독 등과 연관된 수면장애 등으로 분류하고 있는데²⁸⁾, 임상에서 제일 많이 접하게 되는 문제가 바로 不眠症이다. 不眠症은 매우 흔하게 접하는 문제로 특히 노인과 여성에게 더 흔하고 내과, 정신과 질병이 있는 사람에게 더 흔하다. 미국의 경우 전체 인구의 85%가 일시적인 不眠症을 경험하고 30%의 성인이 不眠症을 호소하고, 그 중 17%는 임상적으로 심각한 정도라고 한다²⁹⁾.

양방적인 不眠의 기전으로, 첫째는 Hobson과 McCarley의 모델로 뇌의 특정부위에서 수면의 특정한 기능을 조정한다는 가정과, 둘째로는 뇌의 여러 부위에서 서로 망상적 network인 관계를 가지며 어느 한 부위만이 수면기능을 담당하지 않는다는 가설이 있는 데, 이는 뇌의 신경화학적 측면에서 관찰한 것이고, 이와 함께 수면유발물질인 delta sleep inducing peptide(DSIP), arginine vasotocin(AVT), factor S. sleep promoting substance (SPS), REM-triggering protein, substance P 및 R 등이 수면을 조절하고 수발하는데 중요한 역할을 하고 있음이 밝혀지고 있다²⁷⁾. 또한, 수면기능은 뇌교의 dorsal raphe핵과 locus coeruleus 등에 있는 adrenergic 세포와 pontine gigantocellular tegmental field(FTG)에 있는 cholinergic 세포의 상호작용에 의해 발생하며, 각성기능은 망상체의 ascending reticular activating system(ARSA)과 시상(thalamus)에 의해 유지된다. 특별히 이 힘이 일정한 리듬을 통해 조절되는데 이를 일주기 리듬이라고 한다. 이 리듬은 주로 시상하부의 suprachiasmatic nucleus에서 조절된다. 수면은 휴식기능이지만 각성은 생존기능이기 때문에 대기상태이며 지속적이어야 한다. 그러므로 不眠症의 원인은 수면의 감소보다는 각성의 강화로 인한 것이 대부분이다³⁰⁾.

不眠의 原因은 외인성과 심인성으로 대별되는데, 외인성은 수면상황, 주변환경에 따른 수면 장애 요인, 신체 자극, 약물 또는 알콜, 내과계 질환, 중독 등으로 주로 신체 영역에 미치며, 심인성은 정신적 스트레스와 함께 특히 우울증과 불안신경증에서 不眠을 동반하는 경우가 많다³¹⁻³³⁾. 不眠으로 인한 유해한 영향으로는, 만약 사람에게 60-200시간동안 수면을 박탈한 경우 피로감과 과민성향이 증가함을 경험하게 되며 집중, 정확한 감지력, 방위력을 유지하기 어렵고, 착각과 환각, 운동의 수행능력은 나빠지고, 일하려는 동기는 약해지고 지속적인 일은 주의력 소실로 힘이 들며, 신경증상으로는 경미하고 재빨리 지나가는 안구진탕증, 약간의 진전, 안검하수, 안면무표정 및 잘못된 발음과 부정확한 단어선택으로 오는 언어의 둔화가 있다²⁾.

不眠은 크게 3가지 형태로 분류되는데, 첫째는 잠들기 힘든 입면장애, 둘째는 중도각성이 많아지거나 꿈이 많아서 깊이 잠들 수 없는 수면유지장애(숙면장애), 셋째는 아침 일찍 깨어 다시 잠

들지 못하는 조기각성이다^{33,34)}. 수면유지장애와 조기각성은 같이 오는 경우가 많고 그 원인도 같은 경우가 많아, 입면장애와 수면유지장애의 두 가지로 분류하기도 한다³⁴⁾. 또한, 일반적인 불면증은 1차성 불면을 말하며, 각종 질병에 동반된 증상으로서의 불면은 2차성 불면이라고 한다. 기간에 따라 분류하면 3-4주 미만 일 때를 短期不眠症으로, 3-4주 이상 지속될 때 임상적 의의가 있는 불면증으로 진단하며, 4주에서 6개월을 아급성, 6개월 이상 지속된 경우를 만성으로 진단한다³⁵⁾.

불면의 서양의학적 치료는 크게 4가지로 분류되는데, 첫째는 원인론적 치료이고, 둘째는 수면환경요법이며, 셋째는 행동 및 인지요법, 이완요법, biofeedback, 역설적 노력, 집중 및 범주화, 단순자극, 수면제한, 자극조절법 등이며, 넷째는 약물치료이다³⁶⁾.

韓醫學에서는 불면증에 관하여 《內經》에서 ‘目不瞑’, ‘不得眠’, ‘不得臥’, ‘小瞑’, ‘寤’라고 했고¹¹⁾, 《難經》에서는 ‘不寐’라 했으며¹²⁾, 《聖濟總錄》에서는 ‘少睡’라 하였는데¹³⁾, 통상적으로 ‘失眠’, ‘不眠’이라 稱한다. 불면의 病因으로 《內經》에서는 “臟有所傷 肺氣盛 胃不和則臥不安”이라 하였고, 厥氣客于五臟六腑하여 衛氣가 獨行衛氣外行於陽하고 不得入於陰하면 目不瞑한다고 하였으며 水病, 胃不和, 陽明之脈, 太陰之脈, 脾臟 등도 病因이 된다고 하였다¹¹⁾. 張機은 “太陽病發汗後大汗出胃中乾”, “少陰病得之二三日以上心中煩”과 虛勞, 肺癰을³⁷⁾, 巢元方은 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 분류하고, 大病後에는 陰氣가 虛하고 心煩不得眠하면 心熱이고 但 虛煩하며 不眠하면 膈冷이라 原因을 밝히고, 虛勞後에는 陽氣가 盛하고 陰氣가 虛하기 때문이며, 傷寒後에는 熱氣가 未散하여 陰氣가 偏虛한 상태에서 陰氣가 未復하기 때문이며, 霍亂後에는 血虛氣亂한 상태에서 血氣之行이 未復常病하기 때문이라 하였다³⁸⁾. 趙估은 “陽實陰虛 故不得眠”이라 했고¹³⁾, 樓英은 “凡喘而臥不得 其脈浮 按之虛而濡者 爲陰虛”라고 하였다³⁹⁾. 또한, 王焘는 病後不得眠과 虛勞虛煩不得眠으로 분류하고, 病後不得眠의 原因으로 熱氣未散하여 陽獨盛하고 陰偏盛함을, 虛勞虛煩不得眠은 위에서 나온 宗氣가 榮衛의 二氣로 分하여 行함에 衛氣가 獨行於陽하고 不入於陰하여 不得眠함을 언급하였다⁴⁰⁾. 《太平聖惠方》에서는 膈虛를 不眠의 病因으로 提示하였으며⁴¹⁾, 孫思邈은 千金方에서 胃虛冷, 脾實熱, 脾虛冷, 心小腸俱實, 支飲, 滯飲을 주원인으로 소개하고 있고⁴²⁾, 朱肱은 傷寒病에 汗·吐·下·를 시행한 후 胃中乾, 虛煩, 熱氣未除 陰氣未復하여 不得眠, 不睡함을 이야기 하였다⁴³⁾. 張子和는 思慮過甚이 不寐의 病因이라 하여 七情에 대하여 처음 언급하였고⁴⁴⁾, 李東垣은 水病을⁴⁵⁾, 朱丹溪는 胃口有熱과 心氣不足을 그 主病因으로 보았으며⁴⁶⁾, 陳士鏗은 心血少를 病因으로 보고 心神相交하며 安神하게 하는 것을 중시하였다⁴⁷⁾. 李梴은 “傷寒瘵後 不得眠者 陰氣未復也”라고 하였고⁴⁸⁾, 許淩은 不睡와 臥不安으로 분류하여 여러 문헌을 인용하였고¹⁶⁾, 張介賓은 “總屬真陰精血不足 陰陽不交而神有不安其室耳, 有因腎水不足 真陰不升 而心陽獨亢者亦不得眠”이라고 하였다⁴⁹⁾, 현대에는 不眠의 病因을 思結不睡, 榮血不足, 陰虛內熱, 心神不交, 心膈虛怯, 痰涎鬱結, 胃不和로 細分하고 있다³³⁾. 不眠에 대한 辨證施治로는 證候에 따라 邪正虛實을 나누어 論하면 多夢易覺 心悸健忘 體倦

身疲 飲食無味 面色少華 舌淡苔薄 脈細弱의 症狀이 나타나면 心脾血虧로 진단하고 補養心脾 以生氣血의 治法으로 治療하며, 心煩失眠 頭暈耳鳴 口乾津少 惡心煩熱 舌質紅 脈細數 或有夢遺 健忘 心悸 腰酸 등의 症狀이 나타나면 陰虧火旺로 진단하고 滋補腎陰 清心降火의 治法으로 治療하고, 心悸多夢 時易涼醒 舌質淡 脈弦細의 症狀이 나타나면 心虛膽怯으로 진단하고 益氣鎮驚 安神定志의 治法으로 治療하고, 失眠 院悶暖氣 腹中不舒 苔膩脈滑 或大便不快 或院腹脹痛의 症狀이 나타나면 胃中不和으로 진단하고 和胃消滯 化痰清熱의 治法으로 治療한다. 또한, 病後虛煩失眠이나 老年入夜寐早醒而無虛煩의 경우 形體少睡 面色白光白容易疲勞 舌淡 脈細弱 등의 症狀이 나타나며, 養血安神의 治法으로 治療한다¹⁴⁾.

한편, 뇌혈관 장애에 수반되는 정신장애에서 초기 증상에는 頭痛, 眩暈, 健忘을 비롯하여 耳鳴, 四肢痺, 傷氣感, 주의산만, 不眠으로부터 易怒, 心氣憂鬱, 幻覺, 망상, 성격변화 등이 있지만 頭痛과 眩暈은 초기 증상으로 중요하지만 임상에서는 健忘, 易疲勞, 不眠 및 譫妄, 痙攣을 주소로 내원하는 증례가 많다³³⁾. 다수의 뇌혈관 장애환자에서 갑작스런 신체적 변화에 대한 심한 정신적 충격으로 정서적인 불안상태를 나타내며 이로 인해 쉽게 나타날 수 있는 증상이 不眠이다. 불안은 불면증의 각성상태를 지속시키는데 가장 큰 원인과 기전으로 작용하고 있으며 급성 불면증이 만성 불면증으로 이행되는데 아주 중요한 부분을 차지하고 있다³⁰⁾. 또한, 뇌혈관 장애의 후유증에 대한 韓醫學의 치료 원칙은 益氣活血, 育陰通絡, 滋陰潛陽, 健脾化痰 등으로⁵⁰⁾ 血虛와 陰虛에 대한 治法이 중요한 일부분으로 차지하고 있다.

酸棗仁湯은 張仲景의 《金匱要略》에 최초로 나오는 처방으로 “血痺虛勞病脈證并治篇曰：虛勞 虛煩不得眠 酸棗湯主之.”라고 소개되어 있다¹⁵⁾. 《金匱要略》의 酸棗湯 즉 酸棗仁湯은 酸棗仁을 主藥으로 甘草, 知母, 白茯苓, 川芎으로 구성되어 있는데¹⁷⁾, 후에 朱肱의 《活人書》에서는 甘草는 없애지고 麥門冬과 乾薑이 추가 되었으며 “傷寒吐下後 心煩乏氣 晝夜不得眠 酸棗湯主之.”라고 그 主治를 밝히고 있다⁴³⁾. 또한, 《東醫寶鑑》-寒門·傷寒差後雜證》에서는 이를 인용하여 “傷寒을 지난 뒤에 虛煩하여 잠자지 못하는 症을 다스린다”라고 소개되어 있다¹⁶⁾. 그 方解를 보면, 酸棗仁은 肝血을 養하고 心神을 安靜하게 하므로 君藥이 되고, 川芎은 氣血을 調暢하고 肝氣를 疏達하여 酸棗仁과 配伍하면 酸收와 辛散의 相反作用이 서로 이루어져 養血安神의 效能을發揮하며, 茯苓은 寧心의 작용이 있어 酸棗仁과 協調하여 心神을 安靜하게 하고, 知母는 養陰清熱하여 除煩하는 效能이 있어 川芎과 같이 配伍하면 川芎의 辛燥한 性味를 緩和해 주므로 함께 臣·佐藥이 된다. 이와 같은 약물들로 合用된 酸棗仁湯은 養血安神하고 清熱除煩하는 效能이 있어 虛熱과 虛煩을 除去하여 睡眠을 편안하게 한다¹⁷⁾.

저자는 酸棗仁湯의 위와 같은 效能을 이용하여 不眠症을 호소하는 입원환자에게 酸棗仁湯을 일정기간 동안 특별한 변증 없이 투여하였고, 비교적 객관적인 판단기준인 설문지를 이용하여 효과를 입증하고자, 동의대학교 부속한방병원에 입원한 환자를 대상으로 임상실험을 하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

환자의 일반적인 사항을 보면, 총 30명의 환자 중 연령 분포는 60-70대가 17명으로 노년층이 가장 많은 연구 대상이었으며, 성별분포는 남자보다 여자가 14명이 더 많았다. 이로부터 본 연구는 노년층 환자가 주 대상으로 이루어 졌음을 알 수 있다. 총 수면시간의 변화평균(단위 hours)은 1.75±2.23만큼 증가하였고, 통계 처리 결과 p-value가 0.001로 통계상 유의한 차이가 있었다. 입면까지 걸린 시간의 변화평균(단위 hours)은 1.57±2.50만큼 감소하였으며, 통계 처리 결과 p-value가 0.001로 통계상 유의한 차이가 있었다. 야간각성 횟수의 변화평균(단위 times)은 0.96±1.46만큼 감소하였으며, 통계 처리 결과 p-value가 0.004로 통계상 유의한 차이가 있었다. 수면의 질적 변화에서 투여 전보다 투여 후에 우수자가 0명(0%)에서 1명(3.8%)으로 증가하였으며, 양호자가 5명(19.2%)에서 15명(57.7%)으로 증가하였으며, 별무변화자가 15명(57.7%)에서 8명(30.8%)으로 감소하였으며, 불량자가 6명(23.1%)에서 2명(7.7%)으로 감소하였다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 연구대상이 되었던 환자들은 대다수가 노년층으로 이들이 호소하는 불면증에 대한 酸棗仁湯의 治療效果는 총 수면시간의 증가, 입면까지 걸린 시간의 감소, 야간각성 횟수의 감소, 수면의 질적변화 향상을 나타냈으며, 입면장애 및 수면유지장애에 있어서 치료효과가 있음을 알 수 있었다.

본 연구 결과를 살펴보면, 연구대상들이 호소하는 불면증의 대부분은 노인층이 대부분이므로 養血安神의 治法을 통한 치료를 필요로 하는 病後虛煩失眠이나 老年人夜寐早醒而無虛煩의 경우로 변증할 수 있고, 補血滋陰의 治法을 주된 처방으로 사용하는 뇌혈관 장애를 병발하고 있어 養血安神하고 清熱除煩하는 效能이 있는 酸棗仁湯이 위와 같은 치료효과를 나타내는 것으로 사료된다.

본 저자는 養血安神의 治法을 가진 酸棗仁湯으로 불면에 대해 특별한 辨證없이 어떠한 효과를 나타내는 지에 대해 위와 같은 결과를 얻었으나, 불면에 대해 더 나은 韓醫學의 治療방법의 연구를 위해 향후 酸棗仁湯의 지속적 사용에 따른 치료효과 및 酸棗仁을 단독적으로 사용했을 때 불면에 어떤 효과가 있는가에 대한 연구, 불면의 특정 원인에 따른 치료효과에 대한 연구, 酸棗仁湯 외에도 불면증에 대한 韓方治療에 대한 연구 등 불면에 대한 韓方的인 연구에 지속적인 관심과 노력이 필요할 것으로 생각된다.

결 론

2004년 7월 1일부터 2004년 9월 30일까지 3개월 동안 동의대학교 부속한방병원에 뇌혈관 장애로 입원 치료받은 환자 중 불면을 호소하는 환자 26명을 酸棗仁湯을 투여하여 그 치료결과를 투여 전과 투여 후를 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

총 수면시간의 변화평균(단위 hours)의 차이는 酸棗仁湯 투여 후 1.75±2.23으로 유의한 증가를 나타내었다. 입면까지 걸린 시간의 변화평균(단위 hours)의 차이는 酸棗仁湯 투여 후 1.57±2.50으로 유의한 감소를 나타내었다. 야간각성 횟수의 변화평균(단위 times)의 차이는 酸棗仁湯 투여 후 0.96±1.46으로 유의

한 감소를 나타내었다. 수면의 질적 변화에서 투여 전보다 투여 후에 우수자는 3.8% 증가하였으며, 양호자는 38.5% 증가하였고, 별무변화자는 26.9% 감소하였으며, 불량자는 15.4% 감소하였다.

참고문헌

1. Bahr. T. T., Sleep-wake patterns, *Journal of Gerontological Nursing*, 9(10): 535-539, 1983.
- 2.李文鎬 등, 내과학, p. 211, 213, 학립사, 서울, 1986.
3. Bixler EO, Kales A. SoldatonsCR. Kales JO. Healey S., Prevalence of sleep disorders in Los Angeles metropolitan area, *Am J Psychiatry*, 136, pp. 157-1262, 1979.
4. Weiss HR., Kasiniff BH., Bailey MA., An exploration of reported sleep disturbance, *J Nerv Ment Dis.*, 134, pp. 528-534, 1962.
5. Hyypa MT., Kronholm E., Quality of sleep and chronic illnesses, *J Clin Epidemiol*, 42, pp. 633-38, 1989.
6. Ford DE., Kamerow DB., Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders, An opportunity for prevention?, *JAMA*, 262, pp. 1479-84, 1989.
7. Gislason T., Almqvist M., Somatic diseases and sleep complaints, An epidemiological study of 3201 Swedish men, *Acta Med Scand*, 221, pp. 475-81, 1983.
8. Johns MWW., Egan P., Gay TJ., Mastenton JP., Sleep habits and symptoms in male medical and surgical patients, *Br Med J.*, 2, pp. 509-12, 1970.
9. Consensus conference., Drugs and insomnia, the use of medications to promote sleep, *JAMA*, 251, pp. 2410-14, 1984.
10. 오강섭, 이소희, 이시형, 불면증 환자의 정신생리상태, 수면·정신생리 학회지, 2, pp. 82-90, 1995.
11. 楊維傑, 黃帝內經素問釋解, p. 127, 252, 266, 271, 272, 346, 347, 351, 352, 450, 一中社, 서울, 1991.
12. 滑壽, 難經本義, p. 47, 94, 95, 世一書局, 臺灣, 1984.
13. 趙佑編, 聖濟總錄, p. 3129, 3130, 3141, 3151, 3174, 3176, 人民衛生出版社, 北京, 1978.
14. 上海中醫學院編, 中醫內科學, pp. 162-165, 商務印書館, 香港, 1977.
15. 張仲景, 金匱要略精解, p 59, 74, 95, 124, 129, 140, 東洋綜合通信教育院出版部, 대구, 1987.
16. 許澐, 國譯增補東醫寶鑑, pp. 77-79, 586, 南山堂, 서울, 1991.
17. 韓醫科大學 方劑學教授 共編著, 方劑學, pp. 326-328, 영림사, 서울, 1999.
18. 車智撤, 金漢星, 不眠의 病因病機 및 鍼灸治療에 관한 文獻의 考察, 대전대학교 한의학연구소 논문집, 5(2):363-384, 1997.
19. 허용석, 김중우, 황의완, 김현택, 박순권, 김현주, 分心氣飲加味方이 睡眠障礙와 情緒性에 미치는 影響, 동의신경정신과학회지, 11(2):43-52, 2000.
20. 朴文祥, 成樂箕, 睡眠障礙(不眠, 嗜眠)의 病因病機 및 鍼灸治

療에 관한 文獻의 考察, 대전대학교 한의학연구소 논문집, 6(2):483-501, 1998.

21. 桂海正, 朴昌國, 不眠에 對한 東·西醫學의 考察, 대한한의진단학회지, 1(1):114-135, 1997.

22. 이재혁, 백종엽, 정형섭, 박상동, 酸棗仁炒 藥鍼의 不眠治療에 대한 臨床研究, 동의신경정신과학회지, 11(2):79-86, 2000.

23. 李俊茂, 吳世雄, 不眠症의 辨證論治, 大韓鍼灸學會誌, 16(2):83-88, 1999.

24. 소용룡, 박원태, 이순호, 신경호, 노정두, 최석우, 김제관, 뇌혈관장애환자의 불면증에 대한 이침요법과 신문혈자침 병행 시술의 치료효과에 대한 비교연구, 대한침구학회지, 20(5):38-40, 2003.

25. 朴東錫, 李相元, 不眠症에 대한 鍼灸治療의 文獻의 考察, 경산대학교 제한동의학술원 황제의학, 4(1):20-25, 1979.

26. 최하석, 왕성근, "The St. Mary's Hospital(SMH) 수면설문지"의 한국형 표준화 및 연령에 따른 수면 양상 비교, 신경정신의학, 8, pp. 1095-1104, 1994.

27. 문성길, 최신정신의학, pp. 434-450, 일조각, 서울, 1995.

28. 미국정신의학회, 정신장애의 진단 및 통계편람, pp. 713-784, 제4판, 하나의학사, 서울, 1995.

29. Mellinger GD, Baltner MB, Uhlenhuth EH, Insomnia and its treatment, pp. 225-232, Arch Gen Psychiatry, 1985.

30. 이성훈, 불면증의 원인과 발생기전, 수면정신생리, 1(1):3-8, 1994.

31. 대한의학협회 분과의학협회, 불면증, pp. 53-54, 녹민각, 서울, 1986.

32. 이정균, 정신의학, pp. 403-407, 일조각, 서울, 1996.

33. 황의완, 김지혁, 東醫精神醫學, pp. 671-691, 683-689, 서울, 현대의학서적사, 1992.

34. 이병윤, 현대정신의학 각론Ⅱ, pp. 146-154 일조각, 서울, 1984.

35. 이성훈, 까다로운 만성불면증의 원인과 치료, 수면정신생리, 2(2): 138-145, 1995.

36. 민성길, 최신정신의학, pp. 434-450, 일조각, 서울, 1996.

37. 張機, 仲景方類聚, pp. 18-19, 88, 94, 174, 187, 206, 262, 384, 405, 407, 癸丑文化社, 서울, 1974.

38. 巢元方, 巢氏諸病源候論, p. 36, 90, 217, 226, 集中書局, 台北, 1977.

39. 樓英, 醫學綱目, p. 534, 1156, 1330, 1436, 人民衛生出版社, 北京, 1987.

40. 王燕, 外大秘要, pp. 91-92, 481-483, 1087-1088, 1090, 1093-1097,

1099, 1106, 1110-1111, 人民衛生出版社, 北京, 1982.

41. 宋太宗命選, 太平聖惠方, pp. 78-79, 輔成社, 서울, 1979.

42. 孫思邈, 欽定古今圖書集成醫部全錄中 千金方, p. 299, 大星文化社, 서울, 1986.

43. 朱肱, 增注類證活人書, p. 71, 236-237, 납산당, 서울, 1987.

44. 張子和, 儒門事親, p. 11, 旋風出版社, 台北, 1978.

45. 李東垣, 東垣十種醫書, p. 79, 大星文化社, 서울, 1983.

46. 朱震亨, 丹溪心法附餘, pp. 649-650, 大成出版社, 서울, 1982.

47. 陳士鐸, 石室秘錄, p. 13, 48, 49, 杏林書院, 서울, 1973.

48. 李梴, 編注醫學入門, p. 307, 대성문화사, 서울, 1989.

49. 張介賓, 景岳全書, p. 307, 대성문화사, 서울, 1989.

50. 全國韓醫科大學 心系內科學教室, 心系內科學, pp. 427-428, 書苑堂, 서울, 1999.

<별첨1> 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 얕은 잠 ② 얕은잠 ③ 약간 얕은 잠 ④ 평균에 가까운 얕은 잠
 ⑤ 평균에 가까운 깊은 잠 ⑥ 약간 깊은 잠 ⑦ 깊은 잠 ⑧ 매우 깊은 잠
6. 지난밤에는 몇 번이나 깨었습니까? _____
7. 당신의 지난 밤 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 불만족하다 ② 불만족하다 ③ 조금 불만족하다
 ④ 조금 만족한다 ⑤ 완전히 만족한다
12. 일찍 잠에서 깬 후 다시 잠들 수가 없었습니까?
 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? _____