

기혈음양의 허증에 대한 한의 진단 모델의 성립과 확장

박경모*

경희대학교 전자정보학부 동서의료공학과

An Establishment and Extension of Diagnostic Concepts in Traditional Oriental Medicine; On chi shue yin yang

Kyung Mo Park*

Department of Biomedical Engineering, School of Electronics and Information, Kyunghee University

Through the historical and logical methodology, The historical development and extenstion of diagnostic concepts as chi(氣), shue(血), yin(陰), yang(陽) is analyzed. This study suggests the analystic methodology of diagnostic concepts, introduce the justification problem of oriental medical diagnosis, and is concluded with the problem of diagnostic concepts which should be modified and

Key words : Diagnosistic concept, Historical methodology, Logical methodology, Justification problem, chi shue yin yang(氣血陰陽)

한의학의 이론과 경험

본 논문은 한의학의 두 가지 목적을 위하여 작성되었다. 첫째는 진단을 위한 한의학의 지식들이 음양오행의 이론적 틀과 실제 경험적인 측면의 상호 영향을 통해서 어떻게 성립되고 발전되었는지를 보여주기 위해서이고 둘째는 구체적인 진단개념들의 분석방법론을 도입하기 위해서이다. 기허(氣虛) 또는 간기(肝氣) 등과 같은 한의학의 개념들, 즉, 한의학의 이론체계를 표현하고 있고 證名들을 구성하고 있는 개념들은 경험적 사실과 제대로 연결되지 않는 허구적인 개념이며, 따라서 한의학의 개념들은 경험을 설명하지 못하고 있다는 비판이 있다. 이것은 한의 지식 체계의 정당성에 대한 비판이다. 그런데 이러한 비판에는 몇 가지 한의학에 대한 견해와 연결되어 있다.

첫 번째 견해는 한의학은 '경험의학'이라는 평가이다. 이러한 평가는 실제로는 다음과 같은 전제를 가진다. 즉, 서양과학은 우리가 인정할 만한 소위 과학적 개념들로 구성되어 있는데, 그러한 과학적 개념들은 그 자신이 경험적으로 관찰가능한 대상을 가지고 있을 뿐 아니라 이것을 통해 새로운 사실에 대한 가설을 세우고 그것을 경험적으로 증명함으로써 과학을 구성한다. 반면

에 한의학의 이론적 개념들은 사실을 근거로 구축된 개념이 아니며, 따라서 경험들을 제대로 설명할 수 있는 유용한 도구가 될 수 없고 단지 철학적이일 뿐이며, 한의학의 지식들이란 단지 오랜 동안 모아진 유용하지만 잡다하고 정리되지 않은 사실들의 덩어리인데 이는 한의학의 이론적 개념과는 적절한 관계를 가지지 못한다고 보는 것이다. 즉, 이 때 경험의학이란 경험에 의해서 획득한 지식들만이 있는 체계라는 의미로 쓰이고 있다. 이에 반해서 두 번째 견해는, 한의학은 음양오행으로부터 '연역된 의학'이라는 평가이다. 이러한 평가는 다음과 같은 전제를 가진다. 음양오행은 세계를 설명하는 상당히 완벽한 이론이며, 이 이론을 바탕으로 인체를 설명하고 있는 한의학은 정당한 의학이라고 보는 것이다.

이러한 관점은 합당하지 않다. 위의 두 평가를 좀 더 분석해 보면, 첫번째 주장은 한의학의 이론이 이론으로서의 정당성을 가지고 있지 못하다는 주장과 함께 선행하는 어떠한 이론체계도 없이 경험이 존재할 수 있고 더 나아가 순수한 경험의 덩어리들만으로도 의학이 성립할 수 있다는 주장을 함축하고 있다. 그러

- 1) 여기서 철학적이거나 용어는 '관념적'이라는 용어와 함께 '경험을 설명할 수 없는 그리고 우리의 사상을 설명하는'이라는 다소 애매하고 잘못된 의미를 가지고 있다.
- 2) 경우에 따라서는 그것들은 바로 진리라고 평가하거나 혹은 『황제내경』이나 그 밖의 고대 의학 醫物들에 완벽하게 구현되어 있다고 전제하기도 한다.

* 교신저자 : 박경모, 경기도 용인시 기흥읍 서전리 1, 경희대학교 전자정보학부
· E-mail : saenim@khu.ac.kr · Tel : 031-201-2979
· 접수 : 2003/09/02 · 수정 : 2003/10/30 · 채택 : 2003/11/10

나, 어떠한 체계이든 순수한 경험적인 언명[statement]들로만 구성될 수는 없으며, 경험들을 설명하고 체계화하며 분류하는 이론 체계가 반드시 있어야만 한다. 따라서 어떤 체계가 유용하면서도 그 체계의 이론이 그 체계의 경험적 언명들과 전혀 관계없다고 주장하는 것은 참이 아니다.

두번째 주장은 모든 한의학적 지식들이 반드시 음양오행으로부터 연역적으로 도출되었음을 포함하고 있다³⁾. 그러나, 모든 경험과학은 순수한 이론으로부터 연역되어 구성되는 것이 아니며, 이론은 경험을 설명하기 위한 도구로 작동한다⁴⁾. 따라서 음양오행은 세계를 설명하고자 하는 도구개념이며, 더 나아가 한의학의 모든 지식[경험]들이 실제로는 음양오행적인 사고로만 도출된 것이 아니고 계속적으로 발견되어온 인체에 대한 사실들을 해석하고 설명하기 위한 유기적인 노력 속에서 성립되고 있음을 인정하게 된다면 이러한 주장은 설 자리를 잃게 된다. 또한, 설사 한의학이 음양오행에 의해서 연역된 의학이라는 것을 인정하더라도, 음양오행 자체의 정당성을 인정하지 않는다면, 한의학의 정당성은 간단하게 무너지게 된다. 즉, 음양오행 이론이 경험적으로 참이라는 것을 보장해주는 것은 아니다.

위의 두 견해는 모두 실제의 한의학에 바탕을 두고 전개된 주장이 아니며, 지나치게 과도하고 단순화된 주장이다. 본 논문에서는 한의학 지식체계에 대한 좀 더 적절한 해석을 하고자 노력한다. 즉, 한의학 이론의 중요한 근간인 음양오행이 전혀 경험과 유리되어 있다든가, 아니면 한의학을 음양오행으로부터 연역한 완벽한 체계라는 주장을 대신해서 한의학의 지식체계를 역사적인 흐름에 따라 재구성하여 '한의학의 이론적 개념들이 경험적 지식이나 의료적 행동과 밀접하게 연관이 되어 있으며 그 자체가 끊임없이 수정확장되어 오면서 경험을 설명하고 더욱 진보된 경험들을 발견하도록 했는지를 보일 것이다. 또한, 결과적으로 단순한 음양오행이 아니고 그 음양오행이 가진 유비추론의 방식을 이어받되 실제로는 이론적인 구조의 변화가 있었음을 보일 것이다. 즉, 첫째 주장에 대해서는 한의학의 이론은 실제로 경험을 설명하고 의료 행동을 추동해 왔음을 설명할 것이며, 두 번째 주장에 대해서는 한의학의 이론체계가 단지 음양오행으로 끝나는 것이 아니라 실제로는 기혈음양, 장상학, 경락학, 병인병기학, 변증학, 본초학, 방제학 등의 독립적 체계들이 존재하며, 그들이 경험의 확대와 더불어 계속적으로 전개되어온 체계임을 설명할 것이다⁵⁾.

3) 한의학 이론의 논리가 주로 음양오행적인 설명방식을 채택하고 있다는 것과 구별이 된다.
 4) 이 도구는 실제할 수도 있고 실제하지 않거나 관련성도 도구일 수도 있다.
 5) 이러한 맥락에서 볼 때, 한의학 原典의 내용이 정당하므로 한의학이 가지는 경험적 지식도 정당하다는 논리는 옹호될 수는 없다. 이러한 주장은 한의학의 원전을 믿지 않는 이상 아무런 근거를 가지지 못할 뿐 아니라 한의학 이론의 내적 일관성과 합리성에 대한 어떠한 근거도 제시해 주지 못하기 때문이다. 더구나 이러한 주장은 한의학의 지식체계가 시간의 흐름을 따라 얼마나 변해오고 있으며, 새로운 개념, 새로운 證候 해석, 새로운 처방과 처방, 새로운 약물의 해석 등이 있었는지를 설명해 주지 못한다.
 즉, 『황제내경』이나 『상한론』을 통해서 경험적 세계와의 부합에 대한 정당화는 결코 이룰 수 없다. 우리의 생각이 참(true)이라는 근거는, 우리의 생각이 외부세계에 관한 것인 한 외부세계에서 찾아야 한다. 그런데, 『황제내경』의 많은 내용들은 우리 관념의 틀을 정립하고 있을 뿐이다. 즉, 저자의 용어로 본다면 많은 추론 엔진들을 제공하고 있을 뿐이

본 논문은 한의학의 이론체계에 대한 논의를 분석한 후에 '기혈음양'을 통해 질병을 해석하기 위해 사적(史的)인 변화를 살펴볼 것이다.

이러한 문제는 결국 한의학의 정당화 문제와 연관되게 된다. 한의학의 정당화문제란 '한의학이 인간과 질병을 해석하고, 인간에 관여하는 체계'로서 얼마나 정당한가를 평가하는 것이다. 한의학 분야에서 정당성이 검토되어야 할 분야는 상당히 많다. 예를 들어, 약물해석 중의 오미(五味) 이론을 비롯한 기미론, 치료법[治則]에 대한 정당화 문제, 한의학의 틀거리를 지워준 음양오행에 대한 정당화 등 다양하다. 이러한 맥락에서 본 논문에서 다루는 것은 한의 질병분류의 '분류'로서의 정당성 문제라고 할 수 있다⁶⁾.

1. 음양론의 논리적 문제

음양론은 팔강(八綱)에서 전형적으로 보이듯 이분적인 개념을 음양이라는 독특한 도구로서 묶어 설명함으로써 그 개념들의 운용 범위를 설정하고 있다. 그런데 음양론은 논 논문과 관련되어 두 가지 논리적 고려가 있어야 한다.

첫째는 층차의 문제이다. 아래의 그림을 보면, [그림-1]은 음양이 다른 진단개념의 상위층차로 사용되었다. 즉, 음양은 기혈, 한열, 표리 등을 나누는 상위 층차개념으로 사용된 반면에 [그림-2]는 동일 층차에서 사용되었다. 이 때 전자의 음양은 다른 여타 개념의 내포를 포괄하는 것이며, 후자는 음양과 기타 개념들이 서로 다른 내포를 가지는 것이다.

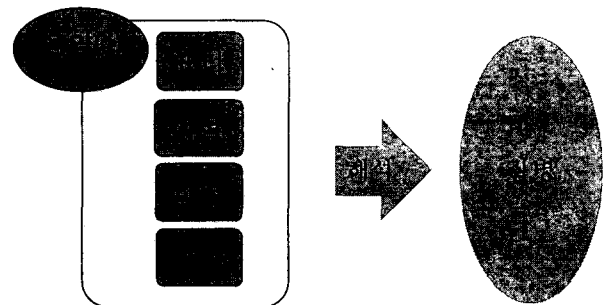


그림 1. 상위층차로서 음양

결국 문제는 음양의 의미가 [그림-2]의 경우 한 맥락에서 중의적으로 사용되었으며, 여기에서 주목할 점은 또한, 기혈과 음양이 다른 의미를 가지고 있음을 의미한다. 이러한 음양과 기혈

지, 그 추론이 얼마나 실제 세계와 부합하는가는 『황제내경』 자체에서 이야기해주는 것은 아니다.
 『황제내경』이나 『상한론』이 가치있는 것은 한의학의 지식체계를 정당화하기 때문이 아니고, 생각의 역사를 돌아볼 수 있고 거기에서 우리 생각의 근원을 찾을 수 있는데 있는 것이다.
 6) 한의학에서 정당화의 문제는 한의학계 대내외적으로 몹시 중요하다. 그것은 한의학이 현대 사회에서 성공하기 위해서 중요할 뿐 아니라 한의학의 이론적 발전, 경험적 성공을 위해서도 반드시 진행되어야 한다. 둘째 문제가 해결되기 위해서는 한의학에서 임상 효과에 대한 평가가 체계적으로 이루어져야 하며 그러한 점들을 위해서는 임상역학(clinical epidemiology)이 적극적으로 도입되어야 할 것이다.
 7) 팔강의 개념은 장경약에 와서 완성되었으며, 정국평의 『의학심오』에서 체계적으로 證候를 기술하였다.

의 개념적 분리는 음양이 기혈의 상위층차일 뿐 아니라 동일 층차로 진입함을 의미한다. 여기에서 진단개념의 중의성은 피할수 없게 된다.

이 문제는 장경악과 그 이전 의가들의 음양개념에 대한 논의에서 중요한 요점이 되며, 더 나아가 기혈음양변증 체계 성립에 중요한 역할을 하게 된다.

두 번째는 음양 상호간의 종속성의 문제이다. 음과 양이 논리적으로 종속적인 경우와 독립적인 경우는 각각 다음과 같은 상태들을 가질 수 있다.

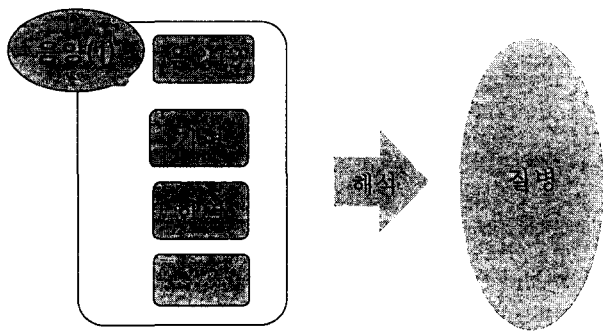


그림 2. 상위층차의 음양(1)과 동일층차로서의 음양(2)

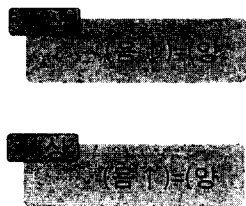


그림 3. 음양의 상호 종속적 관계

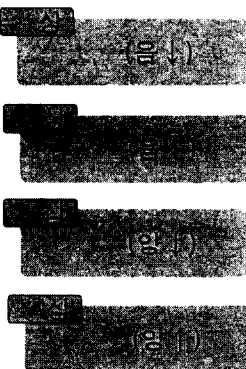


그림 4. 음양의 상호 독립적 관계

[그림-3]의 경우는 2개의 상태만을 가지는데, 왜냐하면 음과 양은 상호 종속적이기 때문이다. 반면, [그림-4]의 경우는 4개의 상태를 가진다. 그것은 음과 양이 상호 독립적이기 때문이다. 이러한 종속과 독립의 문제도 의가들의 진단개념의 전개와 밀접한 관련을 가진다⁸⁾. 하지만, 각 의가가 음양을 상호독립적으로 사용

되었는가 독립적으로 사용되었는가는 단정적으로 말할 수 없는 경우가 많다. 왜냐하면 개념적으로는 모순되지만, 실제로는 두 가지를 동시에 사용할 수도 있기 때문이다. 다만, 각 의가의 중요한 개념들의 구사가 어떤 전제 아래에서 이루어지고 있는가를 분석하기 위해서는 필요한 방법론이다. 어쨌든 음양을 상호 독립적으로 해석하는 경우에는 음양이 인체의 구성성분을 이루는 '물질'로서 전제하기가 개념적으로 더욱 쉬워지며, 이러한 점이 후대에 기혈과 음양을 같이 다룰 수 있도록 된 요인 중에 하나로 추측된다.

2. 기혈음양 개념의 분리

기혈과 음양의 개념적 분리는 상당히 늦은 시대에 와서 이루어졌다⁹⁾. 현재의 관점에서 보면 음과 양은 기혈에 비하여 水火의 개념을 획득하였을 때 비로소 개념적 분리의 시작이 이루어지는 것으로 판단할 수 있다. 왜냐하면, 기혈과 水火는 그 이전부터 비교적 독립적으로 개념이 설립되어 있었으며, 음양이 수화의 개념을 포섭하는 것은 기혈과는 다른 독립적인 내용을 갖추기 시작하는 것이기 때문이다. 이러한 점에서 볼 때 기혈과 음양의 개념적 분리는 이미 『황제내경』에서부터 보였던 것이다. 그러나, 실제 證候를 해석하고 처방이 구성되기까지는 상당한 시일이 필요하였던 것이다.

장원소의 경우에도 補氣와 補血의 개념은 있으나 補陰과 補陽의 개념이 별도로 명확하게 기술되어 있지 않다. 또한, 瀉火, 水弱 등의 개념이 보이나 그것은 각각 심과 신의 오행상의 本氣를 나타내는 표현이며, 순수하게 水火만의 맥락은 아니다¹⁰⁾. 이와 다르게 오직 命門部에서, “火가 盛하면 瀉해야는데 相火를 瀉할 것이며, 火가 衰하면 補해야 되는데 陽을 돋굴것이다.”¹¹⁾ 라고 하면서 陽의 개념을 火와 연관되어 제시하고 있다. 益陽이 바로 명문의 화를 돋군다는 의미에서 상당히 의미심장하지만 여기에서도 여전히 寒熱의 개념이 우선하며, 후대의 음허, 양허의 개념을 가지고 있는 것은 아니다.

주단계와 이동원에 있어서도 음양은 기혈, 내외, 한열 등을 나누는 상위 범주였으며, 기혈과 동일 층차의 개념은 아니었다. 이동원의 경우 中氣, 脾胃氣 등의 용례에서 볼 때 이동원의 기는 氣와 血의 상대 개념 속에서 자리매김되는 것이 아니고 좀 더 포괄적으로 인체의 생명력, 인체의 근원이 되는 것을 氣라고 지칭하고 있다¹²⁾. 따라서, 이동원의 중요한 용어들인 中氣나 脾胃氣는 음양과 기혈의 개념적 분화가 관계없는 차원에서 쓰이고 있음을 알 수 있다. 또한, 그렇지 않은 부분에서도 기혈과 음양은 구분되지 않고 설명되고 있다.

“陽氣는 陰血을 근본으로 하고 있다. 음혈이 火邪를 받으면 음

8) 단 독립의 의미가 음과 양이 상호 전혀 관계가 없다는 의미는 아니다. 상호 영향을 줄수는 있으나 이것이 필연적 관계는 아니며 따라서, 인체의 상태를 음양으로 나타낼 때 상호종속적인 경우는 2가지의 상태 밖에 있을 수 없지만, 독립적인 경우는 4개의 상태가 있을 수 있음을 말한다.

9) 여기서 완전한 개념적 분리는 증상기술과 처방이 모두 독립적으로 구성될 수 있음을 말한다.

10) “心藏神, 爲君火, …, 火實瀉之, 瀉子”(『臟腑標本虛實寒熱用藥式·心部』) “腎藏志, 屬水, …, 水強瀉之, 瀉子”(『臟腑標本虛實寒熱用藥式·腎部』)

11) “火強瀉之, 瀉相火, 火弱補之, 益陽”

12) 물론, 기혈의 뜻구가 아니고 생명력의 의미로서 氣의 용례는 고대로부터 많이 있다. 그러나, 중요한 것은 이동원의 脾胃氣 또는 中氣의 개념이 현재에 와서 ‘氣虛와 血虛의 상대적 개념’ 중의 氣虛로 쓰이고 있지 않다는 점이다.

이 성해지고, 음이 성하면(그 성한 것이) 陽分으로 상승한다.”¹³⁾

위의 인용문의 경우에는 陽氣는 陰血과 상대적인 개념이며 음양과 기혈을 나누어 설명하고 있지 않다. 이러한 점은 동시대의 의가들에서 더욱 명확하다.

“사람은 천지의 기를 받아 생기는데, 하늘의 양기는 기가 되고 땅의 음기는 혈이 된다. 따라서, 기는 항상 유여하고 혈은 항상 부족하다.”¹⁴⁾

위 인용문의 경우 주단계의 대표적 논설 중 하나인 『양유여음부족론』의 첫 구절인데 여기에서 주단계는 음양은 자연계의 기운, 기혈은 그에 상응하는 인체 내의 기운으로 보고 있다는 점이 특기할 만하다. 따라서 주단계의 ‘양유여음부족론’은 지금의 견해와 같이 기혈과 음양이 상호 다른 개념으로 상정되어 있지 않음을 알 수 있다. 즉, 주단계의 음허는 지금의 음허증과 그 맥락이나 범위를 다소 다르게 설정되어 있다. 또한, 후대의 왕륜이나 설기의 경우도 음양과 기혈은 인체내의 다른 구성물질이거나 다른 기능을 가진 것으로 파악하고 있지 않음을 아래의 인용문들을 통해 알 수 있다.

“만약 飲食勞倦으로 元氣가 상하면 眞陽이 아래로 처져서 안에서 虛熱이 생긴다. 이에 이동원이 補中益氣論을 세워 인삼, 황기 등의 甘溫한 약으로 補氣升陽할 것을 주장하였으니 이것은 氣藥을 이용하여 氣의 부족함을 보충하는 것이다. 또 만약 勞心好色으로 眞陰이 상하면, 陰氣가 衰하고 陽氣만 偏勝하게 되는 것으로 火가 생긴다. 이것은 소위 陰虛火旺의 勞瘵이다. 이에 주단계는 陽有餘陰不足論을 세워 사물탕에 황백과 지모를 더해서 補陰降火하였으니 이것은 血藥을 이용하여 血의 부족을 보충한 것이다.”¹⁵⁾

왕륜은 앞의 인용문에서 이동원의 보중익기법은 眞陽下陷에, 주단계의 ‘사물가황백지모’는 陰虛火旺에 사용한다고 하면서 각 처방들을 氣藥과 血藥이라고 부르고 있다. 즉, 음양과 기혈은 왕륜에게 있어서 서로 구별되는 개념이 아니었다. 따라서 다음 인용문의 ‘기허에 동원법, 음허의 단계법’은 현대 변증학의 기허증이나 음허증과 그 내포와 적응증이 다른 것임을 알 수 있다.

“기허라면 동원의 법을 사용하고 음허라면 단계의 법을 사용하라”¹⁶⁾

또한, 설기의 경우는 『명의잡저』의 注文에서는 이동원의 내상발열과 주단계의 내상발열을 각각 陽虛와 陰虛라고 표현하고 있다¹⁷⁾.

“내가 보기에 내상으로 발열이 있는 사람은 過食, 勞役過度 등으로 元氣가 耗損되어서 陰火가 土를 乘하여 發熱이 생긴 것

이다. 마땅히 보중익기탕으로 升陽시켜야 한다. 만약 勞役過度, 性交過度로 精血이 耗損되면 虛火가 妄動하여 발열이 생긴다. 마땅히 육미지황환으로 補陰하여야 하지, 이것을 實火로 보고 황백, 지모 등을 사용해서는 안된다.”¹⁸⁾

“내가 보기에 陽虛로 발열이 있는 사람은 보중익기탕을 써서 陽氣를 升補시켜야 하고 陰虛로 발열이 있는 사람은 六味丸을 써서 陰血을 補해주어야 한다.”¹⁹⁾

이러한 관점에서 볼 때 기혈과 음양이 개념적으로 완전히 분리되어 있지 않은 점은 현대의 기혈이나 음양의 개념과 그 당시의 개념들이 정확하게 일치하지 않고 있음을 의미한다.

3. 음양의 상호 종속성

다음의 예들을 통해서 이동원, 주단계, 왕륜 등의 음양 개념은 상호종속적 관계였음을 쉽게 알 수 있다.

“脾胃不足이란, …… 이것은 양기가 부족하고 음기가 有餘한 것이다.”²⁰⁾

주단계의 경우는 병기적 설명에서 좀 더 명확하게 알 수 있다.

“음허하면 발열한다. 이것은 생리적으로는 양이 밖에 있으면서 음을 지키고 음은 안에 있으면서 양을 지켜야 하는데, 정신이 밖으로 치달리고 욕망을 절제하지 않아 음기가 소모되고 흩어져 버리니 양기가 기혈 데가 없어 결국은 肌表 사이로 흩뜨러 지니 환자가 惡熱하는 것이다. 따라서, 이것은 실제로 열이 있는 것이 아니며 치료도 음허를 치료해야 하니 補養을 하는 것이 마땅하다.”²¹⁾

왕륜의 경우도 음허에 대해서 다음과 같이 기술하고 있다.

“음허발열은 음혈이 상하여 火를 제어할 수 없어 양기가 상승하니 그것이 내열인것이다. 그러니 이것은 양이 왕성한 것이다.”²²⁾

4. 기혈음양의 개념의 변화

위에서 기술한 역대 의가들의 음양에 대한 두가지 전제는 장경악에 와서 실제로 바뀌어진 두 전제에 의해서 독립적인 모델을 구성할 만큼 구체화되었고 이러한 아이디어 속에서 그의 독특한 명문론, 음양론, 특정 처방들이 나오게 되었다. 즉, 장경악은 자신의 의론을 전개하는 동안 ‘기혈음양의 개념적 분리’와 ‘음양의 상호 독립성’을 획득하였으며, 이에 따라 현대 기혈음양 변증의 토대를 마련하였으며, 虛證과 實證에 대해 좀 더 명확하게 분리하였다.

1) 명문의 역할

13) “陽氣根于陰血中, 陰血受火邪則陰盛, 陰盛則上升陽分”(『脾胃論·脾胃勝衰論』)
 14) “人受天地之氣以生, 天之陽氣爲氣, 地之陰氣爲血, 故氣常有餘, 血常不足”(『格致餘論·陽有餘陰不足論』)
 15) “若夫飲食勞倦, 爲內傷元氣, 此則眞陽下陷, 內生虛熱, 故東垣發補中益氣之論, 用人參, 黃芪等甘溫之藥, 大補其氣而提其下陷, 此用氣藥以補氣之不足者也. 又若勞心好色, 內傷眞陰, 陰血既傷, 則陽氣偏勝而變爲火矣, 是謂陰虛火旺勞瘵之症, 故丹溪發陽有餘陰不足論, 用四物加黃柏知母, 補其陰而火自降, 此用血藥以補血之不足者也. 益氣補陰, 皆內傷症也. ……”(『明醫雜著·發熱論』)
 16) “果爲氣虛也, 則用東垣法, 果爲陰虛也, 則用丹溪法”(『明醫雜著·發熱論』)
 17) 다만, 주단계의 음허의 경우 주단계의 지모황백 사용을 비판하고 있다.

18) “愚按, 內傷發熱者, 因飲食過時, 勞役過度, 而損耗元氣, 陰火得以乘其土位, 故翕然而發熱, 宜用補中益氣湯以升其陽. 若因勞力辛苦, 入房不節, 虧損精血, 虛火妄動而發熱者, 宜用六味地黃丸以補其陰, 不可認作有餘之火, 而用黃柏知母之類也.”(『明醫雜著·醫論』 薛己의 注文)
 19) “愚按, 陽虛發熱者, 宜用補中益氣湯, 以升補陽氣, 陰虛發熱者, 宜用六味丸, 以倍補陰血.”(『明醫雜著·醫論』 薛己의 注文)
 20) “夫脾胃不足, 皆爲血病, 是陽氣不足, 陰氣有餘”(『脾胃論·脾胃勝衰論』)
 21) “陰虛則發熱, 夫陽在外爲陰之衛, 陰在內爲陽之守, 精神外馳, 嗜欲無節, 陰氣耗散, 陽無所附, 遂致浮散於肌表之間而惡熱也, 實非有熱, 當作陰虛治之, 而用補養之法可也”(『格致餘論·惡寒非寒病惡熱非熱病論』)
 22) 陰虛發熱, 是陰血自傷, 不能制火, 陽氣升騰而爲內熱, 乃陽旺也.(『明醫雜著·醫論』)

장경약은 명문이 모든 장부를 관할하는 중요한 장이며, 명문은 眞陰을 관장하는데 이 眞陰은 水火를 다 포함하고 있는 것이라고 하였다²³⁾.

2) 음양의 독립성

주단계가 음양의 상호 종속성을 강조하여 ‘相火妄動, 耗傷陰精’을 강조하였으며, 장경약의 음양의 상호독립성을 명문을 통해 부여하여서 ‘陽氣虧乏, 眞陰不足’을 강조하였고, 음허와 양허의 개념을 비로소 완전히 하여 기허, 혈허와는 다른 맥락을 낳았다.



그림 5. 주단계의 음양개념

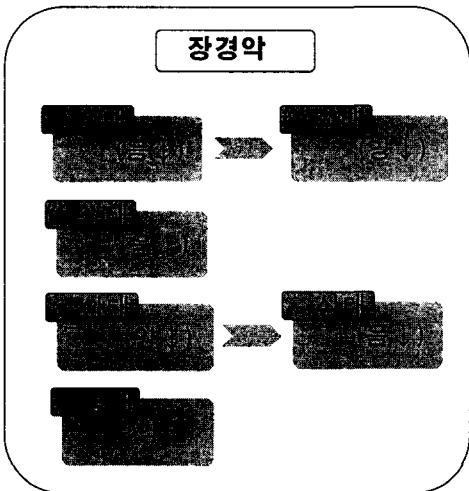


그림 6. 장경약의 음양개념

즉, 주단계는 앞에서 살펴본 것과 같이 음의 부족은 곧 陽盛을 의미하였으며 따라서 주단계의 陰虛 개념은 허열과 실열을 포괄할 수 있는 개념이었다. 그러나, 장경약에게 陰虛와 陽盛은 명확히 다른 것이었으며, 陽虛와 陰盛도 명확히 다른 것이었다. 오히려 음과 양은 상호 음적 되먹임(negative feedback)의 관계였다²⁴⁾.

23) “所謂眞陰之臟者, …… 腎有精室, 是曰命門, 爲天一所居, 則眞陰之腑, 精藏於此, 精則陰中之水也. 氣化於此, 氣則陰中之火也. 所謂眞陰之用者, 凡水火之功, 缺一不可. 命門之火, 謂之元氣, 命門之水, 謂之元精. …… 此命門之水火, 則十二臟之化源, …… 此雖云腎臟之技巧, 而實皆眞陰之用”(『眞陰論』)
 24) “陰以陽爲主, 陽爲陰之根”(『眞陰論』)
 “陰不可以無陽, 非氣無以生形也. 陽不可以無陰, 非形無以載氣也”(『眞

3) 기혈과 음양의 분리

장경약에 있어서 기혈과 음양은 같은 층차에서 다른 개념으로 성립할 수 있었다. 그는 후천과 선천을 구별하면서, 선천의 음양은 元陰과 元陽으로서 존재하며 후천의 음양은 다른 인체 내 모든 음양적 분류의 논리적 기초로서 사용되어 기혈, 장부 한 열 등으로 표현된다고 주장하고 있다.²⁵⁾

“대개 사람의 음양을 단지 氣血, 臟腑, 寒熱로서만 말을 하면 이것은 後天有形의 음양이며, 先天有形의 음양에서는 양은 元陽을 말하고 음은 元陰을 말하는 것이니 元陽은 無形의 火이고 神機를 化하는 것이니 性命이 달려 있는 까닭에 元氣라고도 한다. 元陰은 즉 無形의 水이고 天癸를 長하고 立하는 것이 이것인데 強弱이 달려있는 까닭에 역시 元精이라고도 하는 것이다.”²⁶⁾ 이와 더불어 장경약은 기혈음양의 허실을 證候로서 명확히 나누어 제시하고 있다.

“陽實하면 多熱, 惡熱한다. 陰實하면 痛結, 寒한다. 氣實하면 氣가 반드시 喘粗하고 목소리가 壯厲하다. 血實하면 반드시 凝聚하여 痛하고 쪼하다.”²⁷⁾

“陽虛는 火虛이니 神氣가 부족하고 眼黑, 頭眩, 多寒, 畏寒한다. 陰虛는 水虧이나 亡血, 失血, 戴陽, 骨蒸勞熱한다. 氣虛하면 목소리가 微弱하고 氣短하며 喘하는 것 같다. 血虛하면 肌膚가 乾澁하고 筋脈이 拘攣한다.”²⁸⁾

4) 치법과 약물의 문제

위의 논리에 의해서, 주단계의 처방은 補血藥에 지모, 황백과 같은 청열약이 더해진 것이며, 장경약의 처방에는 소위 補陰藥과 補陽藥이 상호 겸해서 들어가고 있는 것이다.²⁹⁾

“단계가 나와서 陰虛火動의 畧을 세워 補陰大補의 丸을 만들었는데 다 知母, 黃柏을 畧으로 하여 한량한 약의 폐단이 성행하게 되었다.”³⁰⁾

이상의 내용은 주단계의 ‘陰常不足, 陽常有餘’와 장경약의 ‘陽常不足, 陰本無餘’로 대표되고 있다. 따라서 이러한 두 의가의 논설도 음양의 상호 관계의 차이를 명확하게 고려하고 있어야만 이 정확하게 해석할 수 있는 개념임을 알 수 있다.

陰論』)

25) 이러한 점에서 장경약이 전총록에서 주장한 兩綱六變說과 표현은 다르지만 같은 맥락을 가지고 있다.
 26) “凡人之陰陽, 但知以氣血臟腑寒熱爲言. 此特後天有形之陰陽耳. 至若先天無形之陰陽, 則陽曰元陽, 陰曰元陰, 元陽者, 則無形之火, 以生以化, 神機是也. 性命係之, 故亦曰元氣. 元陰者則無形之水, 以長以立, 天癸是也. 強弱係之故亦曰元精”(『景岳全書·傳忠錄·陰陽篇』)
 27) “陽實者, 爲多熱惡熱. 陰實者, 爲痛結而寒. 氣實者, 氣必喘粗, 而聲色壯厲. 血實者, 血必凝聚, 而且痛且堅.”(『景岳全書·傳忠錄·虛實篇』)
 28) “陽虛者, 火虛也. 爲神氣不足, 爲眼黑頭眩, 爲多寒而畏寒. 陰虛者, 水虧也. 爲亡血失血, 爲戴陽, 爲骨蒸勞熱. 氣虛者, 聲音微而氣短似喘. 血虛者, 肌膚乾澁而筋脈拘攣.”(『景岳全書·傳忠錄·虛實篇』)
 29) “所謂眞陰之病, 凡陰氣本無有餘, 陰病惟者不足, 則如陰勝於下者, 原非陰盛, 以命門之火衰也. 陽勝於上者, 原非陽勝, 以命門之水虧也. 水虧其源, 則陰虛之病迭出, 火衰其本, 則陽虛之證迭生. …… 無火無水, 皆在命門, 總曰陰虛之病, 所謂眞陰之治者, 凡亂有所由起, 病有所由生, 故治病必當求本. 蓋五臟之本, 本在命門, 神氣之本, 本在元精, 此則眞陰之謂也, …… 故治水治火, 皆從腎氣, 此正重在命門, 而陽以陰爲基也, 欲治眞陰, 而舍命門, 非其治也”(『眞陰論』)
 30) “丹溪復出, 又立陰虛火動之論, 製補陰大補等丸, 俱以黃柏知母爲君, 寒冷之弊, 又復盛行.”(『景岳全書·傳忠錄·陰陽篇』)

5. 현대의 기혈음양의 虛證

현대의 한의학 이론을 정규교육을 기초로 분석해보고, 현대 기허혈허, 음허양허의 관계를 증상기술과 처방간의 관계를 통해 분석해보면 아래와 같다.

현대 기혈음양 허증의 설명모델

[입력정보]³¹⁾

- 1. 呼吸氣短, 神疲乏力, 少氣懶言, 面色無華, 語聲低微, 飲食無味, 自汗, 舌淡, 脉細無力.
- 2. 面白無華或萎黃, 眼瞼·口脣蒼白, 爪甲淡白, 頭暈眼花, 心悸健忘, 失眠多夢, 手足麻木, 怔忡, 毛髮不澤, 爪甲脆薄, 頭痛隱隱, 月經衍期, 量少色淡, 血枯經閉, 胎漏胎滑, 產後血暈, 便難, 舌質淡, 苔薄, 脉細無力或扎.
- 3. 潮熱盜汗, 五心煩熱, 午後額紅, 形體消瘦, 口乾咽燥, 眩暈失眠, 尿少色黃, 大便乾結, 舌紅少苔, 脉細數.
- 4. 畏寒肢冷, 倦怠無力, 少氣懶言, 自汗, 面色淡白, 口淡不渴, 小便清長, 大便溏薄, 舌質淡白 或 淡胖, 脉虛遲或沈弱.

[추론]

□ 병기추론

- 입력정보 1 → 기허증
- 입력정보 2 → 혈허증
- 입력정보 3 → 음허증
- 입력정보 4 → 양허증

□ 처방추론

- 1. 기허증 → 補氣
- 2. 혈허증 → 補血, 益氣生血
- 3. 음허증 → 滋養陰液
- 4. 양허증 → 溫陽, 滋陰³²⁾, 益氣

□ 처방추론

[치료방침]

- 1. 四君子湯(『太平惠民和劑局方』), 獨參湯(『傷寒大全』), 人蔘益氣湯(『衛生寶鑑』), 玉屏風散(『丹溪心法』), 補中益氣湯(『脾胃論』), 參附湯(『婦人良方』)
人蔘, 黨蔘, 黃芪, 白朮, 大棗, 炙甘草, 白扁豆, 黃精, 山藥
- 2. 四物湯(『太平惠民和劑局方』), 當歸補血湯(『內外傷辨惑論』), 歸脾湯(『濟生方』)
當歸, 地黃, 白芍, 川芎, 何首烏, 枸杞子, 鷄血藤, 龍眼肉
- 3. 六味地黃丸(『小兒藥證直訣』), 左歸丸(『景岳全書』), 補陰丸(『丹溪心法』), 大造丸. (『古方八陳』)
熟地黃, 白芍藥, 枸杞子, 女貞子, 黃精, 龜板, 鼈甲, 早蓮草, 山茱萸
- 4. 腎氣丸(『金匱要略』), 右歸飲(『景岳全書』)

附子, 肉桂, 熟地黃, 山茱萸, 仙茅, 巴戟天, 鹿茸, 淫羊藿, 肉苁蓉, 紫河車

[부가정보]

□ 증상해석³³⁾

· 입력정보 1.

自汗出, 易感冒 → 衛外不固
 周身倦怠乏力, 動作無力 → 四肢肌肉失養
 精神萎頓 頭昏耳鳴 → 清陽不升, 清竅失養
 脈虛弱無力或微細 → 血行無力, 脈道不充
 痰飲, 水腫 → 水液不化, 輸布障礙
 虛弱, 動則惡化 → 臟腑組織 機能減退

· 입력정보 2.

面色蒼白, 脣舌爪甲色淡 → 肌膚爪甲失養
 頭暈, 眼花, 耳鳴 → 頭目失養
 心悸怔忡, 失眠多夢, 健忘 → 血不養心, 心神不寧
 氣短乏力 → 血虛氣弱
 麻木, 肢節屈伸不利 → 血不養筋

· 입력정보 3.

形體消瘦口乾, 腰膝痠軟, 遺精, 五心煩熱, 骨蒸潮熱, 盜汗, 口乾, 舌紅, 脈細數, 額紅升火, 咳血, 痰中帶血, 遺精, 性慾亢進, 失眠多 夢, 煩躁, 易怒, 眩暈耳鳴 → 津液, 精血虧乏, 陰不制陽

· 입력정보 4.

倦臥神疲 → 陽虛氣衰, 機能減退
 畏寒肢冷, 喜溫, 面色光白 → 陰寒內盛, 陽不制陰
 小便清長, 下利清穀, 水腫 → 陽不化陰, 水液代謝障礙

현대 변증학에서 주장하는 기혈음양 허증간의 관계는 다음과 같이 요약할 수 있다³⁴⁾.

“陽虛와 氣虛의 관계는 매우 밀접하다. 氣는 형체가 없고 부단히 운동하기 때문에 성질상 陽에 속한다. 동시에 溫煦, 推動 및 興奮은 모두 氣의 功能으로, 바꾸어 말하면 氣는 溫煦, 推動 및 興奮作用을 하는 물질적 기초이면서 또한 陽의 물질적 기초이다. 陽虛의 출현은 氣虛에 근본을 두고 있다.”

“血은 營養과 滋潤의 作用을 한다. 血虛하면 營養과 滋潤 作用이 모두 감퇴되어 陰虛의 증상이 나타난다.”

위의 주장은 변증학에서 ‘기허증에 寒象을 다하면, 양허증이 되며, 혈허에 熱象을 더하면 음허증이 된다’는 주장과 연결이 되어 있다. 그러나, 위에서 구성한 현대 기혈음양 허증의 설명모델을 바탕으로 분석해보면 현대 변증학의 몇 가지 주장을 분석해보면 문제점들이 드러난다.

31) 『한의진단법과 진단요건의 표준화 작업 II』 pp18-20, 28-30, 40-44 참고
 32) 저자가 부가정보에 따라 임의로 추가함.

33) 『동의병리학』
 34) 『동의병리학』 참고

첫째, 證候분석에서의 문제이다.

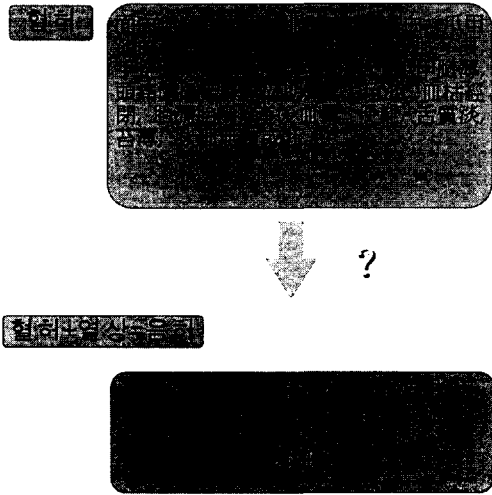


그림 7. 혈허증과 음허증의 證候 분석

위의 그림을 볼 때, 음허증의 證候는 혈허증후에 열상이 산술적으로 더해져서 만들어지고 있지 않음을 알 수 있다. 즉, 음허증후에 熱象이 있는 것은 사실이나 혈허증후와는 다른 양상이 보이고 있는 것이다. 실제로 현대 음허증과 양허증의 기초가 되고 있는 장경악의 혈허증후와 음허증후를 보면 더욱 그 차이를 알 수 있다.

“陰虛는 水虧이나 亡血, 失血, 戴陽, 骨蒸勞熱한다. …… 血虛하면 肌膚가 乾澁하고 筋脈이 拘攣한다.”³⁵⁾³⁶⁾

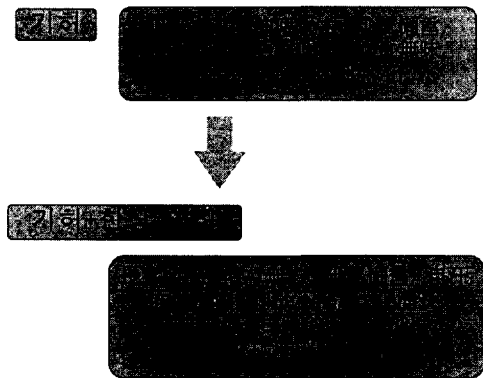


그림 8. 기허증과 양허증의 證候 분석

반면, 기허증후와 양허증후 사이에는 [기허+한상=양허]의 도식이 증후간에 성립하고 있다. 그러나, 장경악의 양허증후와 기허증후의 구분을 보면 다음과 같다.

“陽虛는 火虛이니 神氣가 부족하고 眼黑, 頭眩, 多寒, 畏寒한다. 氣虛하면 목소리가 微弱하고 氣短하며 喘하는 것 같다.”³⁷⁾³⁸⁾

35) “陰虛者, 水虧也. 爲亡血失血, 爲戴陽, 爲骨蒸勞熱. …… 血虛者, 肌膚乾澁而筋脈拘攣.”(『景岳全書·傳忠錄·虛實篇』)
 36) 장경악은 진음부족이 “虛熱往來, 自汗盜汗, 神不守舍, 遺淋不禁, 氣虛昏運, 眼花耳聾, 口燥舌乾, 腰痠腿軟, 精髓內虧, 津液枯涸”와 같은 증후를 가지며, 左歸丸을 사용한다고 논술했었다.
 37) “陽虛者, 火虛也. 爲神氣不足, 爲眼黑頭眩, 爲多寒而畏寒. …… 氣虛

즉, 음허증과 양허증은 그 증후가 주로 寒熱象에 의해서 규정되는 것에 비하여 기허증과 혈허증은 氣와 血의 虛實象에 의해서 규정되고 있다. 이러한 것이 청대에 내려와 정국괵의 양허증의 증후에서는 조금 더 최근의 견해로 수정되어 있음을 알 수 있다.³⁹⁾

둘째, 처방의 분석이다.

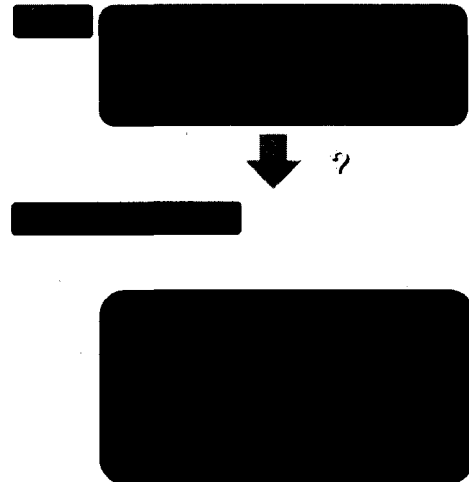


그림 9. 기허증과 양허증의 처방분석

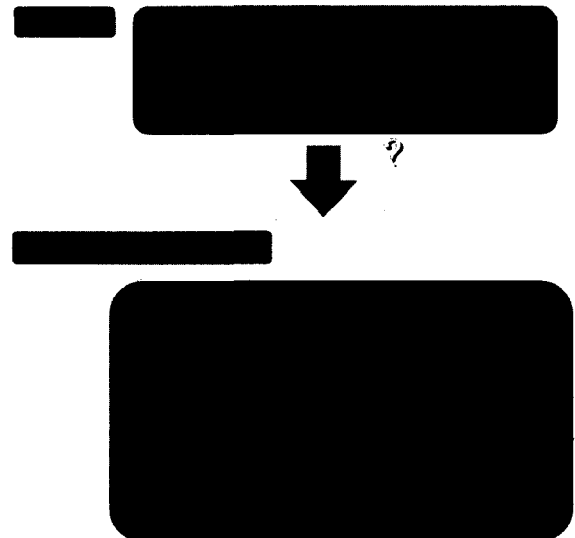


그림 10. 혈허증과 음허증의 처방분석

위의 약물 분석을 살펴보면, 여기에서도 기허증과 양허증, 혈허증과 음허증의 처방 사이에는 산술적인 관계보다는 질적인

者, 聲音微而氣短似喘.”(『景岳全書·傳忠錄·虛實篇』)

38) 장경악은 진음부족에 “神疲氣怯, 心跳不寧, 四體不收, 眼見邪祟, 陽衰無子, 飲食少進, 嘔惡膨脹, 番胃噎膈, 怯寒畏冷, 臍腹多痛, 大便不實, 瀉痢頻作, 小水自遺, 虛淋寒疝, 寒侵穀谷而肢節痠痛, 寒在下焦. 水邪浮腫.”와 같은 증후를 가지며 右歸丸을 사용한다고 논술했고 있다.
 39) “至於病之陰陽, 統上六字而言, 所包者廣. 熱者爲陽, 實者爲陽, 在表者爲陽. 寒者爲陰, 虛者爲陰, 在裏者爲陰. …… 假如脈象無力, 虛火時炎, 口燥唇焦, 內熱便結, 氣逆上衝, 此眞陰不足也. 假如脈大無力, 四肢倦怠, 脣淡口和, 肌冷便溲, 飲食不化, 此眞陽不足也”(『醫學心悟·寒熱虛實表裏陰陽辨』)

로 다른 관계를 형성하고 있음을 알 수 있다. 이러한 관계는 주 단계의 '四物湯加知母黃柏'과 같은 산술적 관계도 간혹 보이지만, 대개는 신기환이나 육미지황환과 같은 腎病證 계통의 처방들이 양허증과 음허증에 장경약 이전부터 사용되어 왔으며, 장경약에 와서 음허증과 양허증은 모두 명문의 병증, 즉 지금의 신병증으로 그 병기와 처방이 집중되었음을 알 수 있다. 결국, 음허증, 양허증은 각각 신음허증, 신양허증과 매우 유사한 증이며, 기허증이나 혈허증과는 다른 맥락에서 발전해왔음을 알 수 있다. 또한, 이때 기허증, 혈허증, 음허증, 양허증의 관계는 각각 氣의 虛證, 血의 虛證, 虛熱證, 虛寒證으로 정리되어야 한다. 따라서, '氣虛證候에 寒象을 더하면 陽虛證候가 되며, 血虛證候에 熱象을 더하면 陰虛證候가 된다'는 주장은 다음과 같이 수정되어야 할 것 같다.

'寒熱의 기준에서 볼 때 氣虛證候는 寒象이 없고 陽虛證候는 寒象이 있으며, 熱象을 기준으로 볼 때 血虛證候는 熱象이 없고 陰虛證候는 熱象이 있다.' 또한, 더 나아가서 기혈음양변증이 제대로 성립하려면 최근 장부변증에서의 음양 개념을 참고해야 할 것이다. 즉, 기혈음양의 음양이 腎陰과 腎陽에 국한되어 있다면, 최근 변증학의 脾陰, 脾陽 등의 개념은 다소 다르게 구성되고 있으며 그 처방도 腎病證의 처방에서 독립되어 있기 때문이다.

토론 및 결론

이상을 요약해보면 첫째로 기혈과 음양의 층차와 개념적인 분리에 대해서 다루었다. 우선, 음양이 기혈의 상위 층차일 때와 동일층차일 때의 문제와 음양 상호간의 관계가 종속적인 경우와 독립적인 경우를 나누어 논술했다. 그리고 기혈음양의 개념적 분리는 氣血病證과 陰陽病證이 차별화됨을 의미하는데 이것은 결국 음양과 기혈이 동일층차의 위상을 획득했을 때에야 가능하며, 음양의 상호독립성은 陰虛證, 陽虛證과 陽盛證, 陰盛證이 차별화됨을 의미하는데 이것은 음양의 상호독립성을 획득했을 때에야 가능함을 보이고 그러한 발전이 장경약에 와서 이루어졌음을 역대 醫說에 대한 설명모델의 구성과 병기 분석을 통해 밝혔다.

둘째로는 현대의 기혈음양의 허증이 어떤 절차를 통해 발전되어 왔는지를 설명모델을 통해 조망하여 기혈병증과 음양병증은 다른 맥락에서 발전되어 온 것임을 논술했고, 현재의 기허증, 혈허증, 음허증, 양허증의 證候와 처방을 상호 비교분석하여 이들 사이의 병기를 재조정할 필요가 있음을 주장하였다. 즉, '氣虛證候에 寒象을 더하면 陽虛證候가 되며, 血虛證候에 熱象을 더하면 陰虛證候가 된다'는 주장은 '寒熱의 기준으로 볼 때 氣虛證候는 寒象이 없고 陽虛證候는 寒象이 있으며, 血虛證候는 熱象이 없고 陰虛證候는 熱象이 있다'로 수정되어야 함을 논술했다.

감사의 글

"본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임. (03-PJ1-PG10-51300-0003)"

참고문헌

1. 姜春華. "試論中醫臟腑辨證論治之沿革". 上海中醫藥雜誌, (4):6-7, 1982.
2. 경희대학교 한의대 46기 졸업준비위원회 학술부 역; 瞿岳云 편저. 『다시 생각해보는 한의학』. 서울:경희대학교한학과대학, 1998
3. 대전대학교 한의과대학 제 5기 졸업준비위원회 편역; 李東垣 著. 『東垣脾胃論譯釋』. 서울:대성문화사, 1992.
4. 金光亮. "五臟內涵演變與新識". 醫學與哲學. 19(9):468-471, 1998.
5. 김영남 역; 張介賓 著. 『國譯景岳全書』. 서울:일증사, 1992.
6. 唐宗海. 『血證論』. 臺北:力行書局有限公司, 民國73, 1984.
7. 대전대학교 한의과대학 제 5기 졸업준비위원회 편역; 李東垣 著. 『東垣脾胃論譯釋』. 서울:대성문화사, 1992.
8. 대전대학교 한의과대학 제 8기 졸업준비위원회 역; 李東垣 著. 『國譯內外傷辨惑論 蘭室秘藏』. 서울:대성문화사, 1995.
9. 두호경, 『東醫腎系學』. 서울:동양의학연구원, 1993.
10. 馬伯英, 高階, 洪中立. 『中外醫學文化交流史』. 上海:文匯出版社, 1993.
11. 繆希雍. 『先醒濟醫學廣筆記』. 江蘇省:江蘇科學技術出版社, 1983.
12. 문준진·안규석·최승훈. 『東醫病理學』. 서울:고문사, 1990.
13. 박경모·최승훈·안규석. "한의진단의 주론형식과 실재성". 제 3의화, 2(1) :55-84, 1997.
14. 박찬국 역. 『臟象學』. 서울:성보사, 1992
15. 潘華信, 朱偉常 共主編. 『葉天士醫案大全』. 上海:上海中醫藥大學出版社, 1994.
16. 薛己 外 共著. 『薛氏醫案選』. 北京:人民衛生出版社, 1983.
17. 孫思邈. 『備急千金要方』. 臺中:自由出版社, 民國48, 1959.
18. 신순식. 『葉桂의 醫學思想에 관한 研究』. 경희대학교 대학원 박사학위논문, 1996.
19. 안규석 외 6인, 『傷寒論精解』, 서울:경희대학교 출판국, 1996.
20. 梁茂新 等 著. 『證研究的困惑與對策』. 北京:人民衛生出版社, 1998.
21. 嚴世芸 主編. 『中醫學史』. 上海:上海中醫學院出版社, 1989.
22. 葉天士 原著; 華岫云 編訂. 『臨證指南醫案』. 北京:華夏出版社, 1995.
23. 王燾 撰. 『外臺秘要』. 北京:人民衛生出版社, 1995.
24. 王綸 撰. 『明醫雜著』. 北京:人民衛生出版社, 1995.
25. 王新華 編著. 『中醫歷代醫論選』. 江蘇省:江蘇科學技術出版社, 1980.
26. 王旭高. 『王旭高醫學遺書六種』. 北京:學苑出版社, 1996.
27. 王律修. "'證'在中醫理論中的意義". 北京中醫學院學報, 8:4-6, 1985.
28. 王清任 著; 李占永, 岳雪蓮 校注. 『醫林改錯』. 北京:中國中醫藥出版社, 1995.
29. 虞博, 『醫學正傳』. 서울:성보사, 1986.

30. 劉暉楨. “近代中醫診斷學的發展”. 中華醫史雜誌, 23(4):199-204, 1994.
31. 李東垣. 『東垣醫集』. 北京:人民衛生出版社, 1993.
32. 李中梓. 『醫宗必讀』. 上海:上海科學技術出版社, 1987.
33. 李聽甫 劉炳凡 編著. 『金元四大家學術思想之研究』. 北京:人民衛生出版社, 1983.
34. 任應秋 主編. 『黃帝內經章句索引』. 北京:人民衛生出版社, 1986.
35. 張介賓. 『景岳全書』. 北京:中國中醫藥出版社, 1995.
36. 張介賓. 『類經』. 서울:大星文化社, 1982.
37. 張介賓. 『類經圖翼』. 서울:大星文化社, 1982.
38. 張錫純. 『醫學衷中參西錄』. 서울:大星文化社, 1992.
39. 張元素. 『臟腑標本虛實寒熱用藥式校釋』. 北京:中醫古籍出版社, 1994.
40. 전국한의과대학 병리학교실. 『東醫病理學』. 서울:일증사, 1999.
41. 錢乙. 『小兒藥證直訣』. 北京:人民衛生出版社, 1991.
42. 정우열 역; 馬伯英, 高晞, 洪中立 著. 『中外醫學文化交流史』. 서울:전과과학사, 1997.
43. 趙佶. 『聖濟總錄』. 北京:人民衛生出版社, 1982.
44. 朱丹溪. 『譯釋 丹溪醫論: 格致餘論. 局方發揮』. 大田大學校 漢醫科大學 第7期 卒業準備委員會 編譯. 서울:大成文化社, 1993.
45. 朱文鋒 主編. 『內科疾病中醫診療體系』. 長沙:湖南科學技術出版社, 1994.
46. 朱偉常. 『中醫病理學史』. 上海:上海科學普及出版社, 1994.
47. 朱震亨. 『丹溪醫集』. 北京:人民衛生出版社, 1993.
48. 陳師文 等編. 『太平惠民和劑局方』. 北京:旋風出版社, 연대미상.
49. 陳昭遇, 王懷隱 篇. 『太平聖惠方』. 서울:한성사, 1980.
50. 최승훈. 『內經病理學』. 서울:통나무, 1999.
51. 한국한의학회연구소. 『한의진단명과 진단요건의 표준화연구 (I)』. 서울:한국한의학회연구소, 1995.
52. 한국한의학회연구소. 『한의진단명과 진단요건의 표준화연구 (II)』. 서울:한국한의학회연구소, 1996.
53. 許叔微. 『普濟本事方』. 上海:上海科學技術出版社, 1987.
54. 胡欣. “八綱辨證源流論”. 陝西中醫, 1986;8(11):485-487.
55. 홍원식 역. 『中國醫學史』. 서울:동양의학회연구원, 1984.
56. 華佗. 『中藏經校注』. 北京:人民衛生出版社, 1990.