

積聚를 위주로 한 腫瘍의 治法에 관한 小考

박재현* · 문구†

*경희대학교 동서신의학병원 M·I 통합암센터 한방내과

† 원광대학교 한의과대학 내과학교실

Abstract

Brief review of cancer treatment focused on JIJU(積聚)

JaeHyun Park*, Goo Moon†

* Department of Oriental Internal Medicine, M·I Integrative Cancer Center, Kyunghee East-West Neo Medical Center

† Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, WonKwang University

Objectives: To grasp the traditional stream of cancer treatment inherited from the previous doctors.

Methods: The author's research has been performed cancer treatment based on JIJU(積聚) taking the original text as a reference.

Results & Conclusion: The general three outlines and five detailed rules of cancer treatment have been obtained as follows.

The first outline of cancer treatment is that reinforced vital function makes cancer reduce naturally. the second is that Harmless cancer can coexist in human beings and aging with them. and the third is that Elimination and reinforcing therapies should be executed in appropriate era and those therapies should utilize appropriate methods.

The first detailed rule of cancer treatment is when using reinforcing therapy, it must applicate mildly and when using elimination therapy, it must applicate calmly.

The second detailed rule is that the methods of cancer treatment are different from each cancer stage. The concentration should be made on reinforcing therapy at early stage while reinforcing and elimination therapies must be conducted together at middle stage. At terminal stage reinforcing therapy is the sole method to be taken.

The third detailed rule is that the basis property of cancer drug is warm nature and extremely biased property should be avoided and when complication arises (eg. inflamatory disease, cancer fever, etc), cold or cool nature can be applied.

The fourth detailed rule is that Cancer drug must have the effect eliminating the blood stasis, phlegm and excessive fluid, all together.

The fifth detailed rule is that Physicians have to control patient's stress or stress related symptom and teach patients about right way of taking care of themselves and patients should take hygienic rules with their free will by themselves (eg diet, exercise, stress, etc)

Key words : JIJU(積聚), cancer treatment, cancer drug

I. 緒 論

韓醫學에서 腫瘍을 인식한 최초의 기록은 BC 17-12C 殷墟의 甲骨文字에서 발견된 瘤라는 病名으로 보고 있으며⁴⁾ 腫瘍을 치료하는 최초의 기록은 BC 12C경 문헌인 周禮 天官冢宰 瘍醫 중의 “瘍醫는 腫瘍 潰瘍 金瘍 折瘍등의 부스럼을 짜고 쥌는 것을 관장하였다(瘍醫 掌腫瘍 潰瘍 金瘍 折瘍之祝藥 副殺之齊)” 하여 종기 및 腫瘍을 전담하는 전문가가 있었음이 보고 되어 腫瘍治療의 역사가 아주 오래되었음을 알 수 있다³⁾. 그러나 長久한 세월동안 腫瘍을 치료한 역사가 있음에도 韓醫學的 腫瘍治療의 探究와 摸索이 실제 임상과 연계되어 실천되는 것은 쉽지 않은 게 현실이었다.

이런 현실에는 韓醫界 스스로의 문제에서 비롯되는 내적 요인과 의학의 표준이 아니라는 태생적 한계에서 비롯되는 외적 요인이 있을 수 있는데 그 중 내적 요인으로써 가장 큰 원인은 腫瘍에 대한 認識論 및 治法에 대한 표준화와 공유의 不在로 사료된다.

韓醫學의 腫瘍이 어떻게 발생되고 진행되는지에 관한 認識이 없거나, 저마다 다르고, 韓方的 治法에 대한 理解와 體會 대신 숨겨진 秘方 몇 가지, 藥物 몇 가지로 암을 치료하고자 접근 한다면 더 이상의 진보도 발전가능성도 없을 것이다.

積聚를 위주로 한 腫瘍의 治法에 관한 본 研究에서 20C 들어 記述된 중국의 자료들은 제외하였다. 그 이유는 첫째 原典에 충실하여

溫故而知新하는 연구를 하기 위함이고, 두 번째 근대 중국의 抗癌本草 및 腫瘍 관련 자료들이 藥理學的 연구를 통해 새로이 효능 효과가 개발 연구된 藥物들 위주의 연구로 우리나라에서 잘 상용되지 않았던 藥物이 대부분이라는 점 때문이다.

따라서 本稿는 臨床症例를 통한 처방의 技術을 알리기 위함이 아니라 수천 년 간 내려온 韓方的 腫瘍治療法에 대한 觀을 이해하고, 前年度에 게재된 腫瘍의 病因病機에 관한 연구에 이어서 腫瘍治法의 大綱과 세부 條目들을 밝혀 先代 諸醫家들의 醫論에 融會貫通되어 면면히 유지되는 큰 흐름을 파악하는데 있다.

II. 本 文

陳無擇 三因方¹⁾

服消劑之藥 不能獨治 宜消積兼導引 助而行之

服藥과 함께 運動이나 導引療法을 겸하도록 勸勉

嚴用和 嚴氏濟生方²⁾

治法推蕩 然後調養脾胃 所謂推蕩者 更宜斟量人之虛實 傷滯之輕重而推蕩之.

推蕩을 통해 積聚에 攻法을 사용하더라도 사람의 虛實을 반드시 惠諒하고, 推蕩 해야 할

積의 輕重을 고려해야 한다.

作者未詳 活法機要³⁾

壯人無積 虛人有之 脾胃怯弱 氣血兩衰 四時有感 皆能成積 藥據而磨堅破結之藥 治之 疾須去而 人已衰矣...故治積者 先養正 正即積自除 譬如 滿座皆君子 縱有一小人 自無容地而去 但令其真氣實 胃氣強 積自消矣 實中有積 大毒之劑 治之尙不可過 況虛而有積者乎

正氣虛 한 경우에 邪氣가 實해져 積聚가 생기는 것을 강조했으며, 病을 위주로 삼아 疾病을 제거하는 攻法을 사용한다면 설혹 病이 치료되더라도 毒한 치료로 인해 사람이 쇠약해짐을 경고했다. 여기서의 養正即積自除는 무조건적인 補法만을 사용해 치료하라는 의미가 아니라 것이 攻補法을 사용함에 있어서 가장 중요한 것은 病이 아닌 사람의 몸이 우선이라는 思想을 강조한 것이다.

張潔古 儒門事親⁵⁾

徧訪醫門 人人能道 及問治法 不過三稜蓬 朮乾漆礪砂陳皮礪石巴豆之類 復有不明標本者 又從而補之 豈有病積之人 大邪不出而可以補之乎 至於世之磨積聚若 余初學醫時 苦曾用之 知其不效 遂爲改轍 內經曰 木鬱達之 火鬱發之 土鬱奪之 金鬱泄之 水鬱折之 王太僕曰 達謂吐 發謂汗 奪謂下 泄謂利小便 折謂折其衝逆三日一下之 一月十下 前後百行 次用活血化氣磨積之藥 調之 此 積雖不傷人 亦與人偕老.

張潔古는 初學醫 시절 腫瘍에 補法을 사용한 결과가 좋지 않았던 경험을 이야기하며 腫瘍 治法은 철저하게 祛邪爲主의 汗吐下法을 주장했다. 韓醫學에서 未盡한 영역인 攻法을

강조했는데 특히 눈여겨 봐야할 부분은 腫瘍이 사람을 상하게 하지 않고 사람과 같이 늙어간다는 구절이다.

朱震亨 丹溪心法⁶⁾

凡積病 不可用下藥 徒損真氣 病亦不去 當用消積藥 使之融化即 病除矣

補法을 강조하고 攻法은 적극적으로 배제한 내용으로 養正積自除의 연장선으로 볼 수 있다.

羅天益 衛生寶鑑⁷⁾

食物所成 食麵過多成積.. 食肉過多成積... 食漁蟹過傷成積... 多食果菜成積... 喜飲茶成積... 多飲水漿成積

腫瘍治療時 대부분 食餌療法을 병행하는데 상기내용처럼 부적절한 음식섭취에 관한 교육이 환자들의 치료과정 중에 고려되어야겠다.

虞搏 醫學正傳⁸⁾

治者當察其所痛 寒者熱之 結者散之 客者除之 留者行之 堅者削之 按之磨之 鹹以軟之 苦以瀉之 全其真氣而補益之 隨其所利而行之 節飲食 慎起居 和其中外 可使必已

病的 증상에 맞게 치료하되 중요한 것은 眞氣를 충만하게 하도록 노력하는 것이며 치료에 있어 飲食攝生과 환경적 요인도 중시해야한다고 언급하였다.

李梴 醫學入門⁹⁾

積初爲寒 宜辛溫消導...久即爲熱 宜辛寒推蕩..

若痞積滯冷貫臍 誤爲沈寒痼冷 投以薑附熱藥 初服甚與病情相宜 久則痞積益甚 眞氣傷而陰血燦矣. 但硫附固不可服 如知栝

門冬寒涼傷脾滯氣 亦所不宜. 古云 衰其大半而止 又云 養正積自除 皆謂虛損有積而言也. 平補之外 更斷厚味 節色慾 戒暴怒 正思慮 庶乎萬全.

腫瘍의 성질이 寒冷하므로 처음에는 溫性藥을 쓰나 오래되어 病勢가熾盛해지면 증상에 따라 寒性藥도 任意用之할 것을 언급하였다. 중요한 것은 治療藥物의 선택에 있어 寒熱이 한쪽으로 치우친 藥은 사용하지 말 것과 補法 시행시 峻補 大補가 아닌 平補法을 실천해야 함을 주장한 것이다.

아울러 좋은 치료결과가 나오기 위해서는 좋은 의사와 좋은 약물뿐 아니라 낫고자 하는 환자의 노력과 攝生이 필요함을 總體的인 시각에서 언급하였다.

王肯堂 證治準繩¹⁰⁾

必先補其虛以後瀉其邪 大抵治始病必分初中末三法...

治其始感之邪與留結之客者 除之散之行之虛者 補之約之 適其主所爲治 ...此時因邪久主 正氣尤虛 必以補瀉選相爲用 若塊消及半 便從末治 即住攻擊之劑 因補益其氣兼 導達經脈 使榮衛疏通即 塊自消矣

腫瘍治療에 있어 初中末期에 따른 治法이 다르며 특히 病勢가 가라앉아 腫瘍이 줄어들면 공격하는 藥物은 멈추고 補益하는 藥物을 사용해 스스로 腫瘍이 퇴축되기를 유도하였다.

張介賓 景岳全書¹¹⁾

飲食之積...然其初起甚微, 人多不覺, 及其既久, 則根深蒂固, 而藥餌難及. 今西北小兒多有此疾, 而尤於食麪之鄉爲最, 正以麵性多滯,...故當以漸消磨, 求法治之, 慎毋孟浪欲速, 妄行攻擊, 徒致胃氣受傷, 而積仍未及, 反以速其危也.

凡積聚之治, 如經之云者, 亦既盡矣. 然欲總其要, 不過四法, 曰攻, 曰消, 曰散, 曰補, 四者而已,

凡積堅氣實者, 非攻不能去... 凡不堪攻擊, 止宜消導漸磨者...無形氣聚, 宜散而愈者... 凡積痞勢緩而攻補俱有未便者, 當專以調理脾胃爲主...

治積之要, 在知攻補之宜, 而攻補之宜, 當於孰緩孰急中辨之. 凡積聚未久而元氣未損者, 治不宜緩, 蓋緩之則養成其勢, 反以難制, 此其所急在積, 速攻可也. 若積聚漸久, 元氣日虛, 此而攻之, 則積氣本遠, 攻不易及, 胃氣切近, 先受其傷, 愈攻愈虛, 則不死於積而死於攻矣. 此其所重在命, 不在乎病, 所當察也. 故凡治虛邪者, 當從緩治, 只宜專培脾胃以固其本, 或灸或膏, 以疏其經, 但使主氣日強, 經氣日通, 則積痞自消. 斯緩急之機, 即萬全之策也, 不獨治積, 諸病亦然.

밀가루 음식을 많이 먹는 사람들에게서 腫瘍이 잘 발생하니 治療時 환자의 음식섭생도 주의해 관찰토록 언급하였으며, 攻法을 사용함에 있어 猛攻이 아닌 漸消磨하는 완만한 攻法을 시행해야 한다고 주장하였다.

治積之要에서는 攻法과 補法을 선택할 때를 잘 구분해야 함을 강조하였다.

初期 腫瘍의 경우 元氣가 손상되지 않았으니 확실히 攻法을 써야하나, 만약 腫瘍이 오래되어 元氣가 손상 됐을 때 攻法을 쓰면 藥物의 毒性 반응이 腫瘍보다는 正常的 臟腑에서 나타나 먼저 脾胃가 손상당하므로 攻法을 쓰면 쓸수록 환자의 몸은 더욱 약해져서 腫瘍 때문에 죽는 게 아니라 攻法에 쓰인 藥物에 의해 죽게 된다.

따라서 腫瘍을 치료함에 있어서 가장 중요한 것은 사람의 목숨이지, 腫瘍이 아니라는 것을 살피서 攻法 使用時 慎重을 기하도록 당부하

었다.

현대의 항암화학요법, 방사선요법 등의 攻法이 갖는 치료이득뿐 아니라 그 폐해를 적나라하게 미리 기술한듯하여 시사하는 바가 크다.

李中梓 醫宗必讀¹²⁾

初中末之三法 不可不講也.

初者病邪 初起正氣尙強 邪氣尙淺 卽任受攻

中者受病漸久 邪氣較甚 正氣較弱 任受且攻且補

末者 病魔經久 邪氣侵凌 正氣消殘卽 任受補 ...去積及半 純與甘溫調養 使肥土健運 卽破殘之餘積 不功自走 必欲功之無餘 其不遺夭殃者鮮矣.

余嘗製陰陽二積之劑 藥品稍峻 用之有度 補中數日然後攻伐 不問其積去多少 又與補中 待其神壯卽 復攻之 屢攻屢補 以平爲期 余獨得之訣百發百中也.

腫瘍의 病期 혹은 病勢와 病情에 따른 治法을 王肯堂이 언급한 것 보다 발전시켜 정리했다. 初中末期에 따라 治法이 변화되며 어느 정도 腫瘍이 제거되면 나머지를 제거하기 위해 다시 攻法을 사용하지 말고 脾土를 튼튼히 길러 腫瘍이 스스로 제거되기를 기다려야한다고 주장하였다. 또한 攻法施術 전에 미리 補法을 사용하여 正氣를 튼튼히 하면 攻法의 효과가 좋아진다고 강조했다으니 현재의 洋韓方 협진 치료 시 유의할 만한 사항이다.

張璐 張氏醫通¹³⁾

善治者 當先補虛 使血氣壯 積自消也. 不問何藏 先調氣中 使能飲食 是基本也. 雖然 此爲輕淺者言耳 若夫大積大聚 不搜而

逐之 日進補養 無益也

어느 臟器에 생긴 腫瘍이든 우선적으로는 음식을 섭취 할 수 있게 하는 것이 가장 기본이자 중요한 점임을 역설했고, 만약 腫瘍의 크기가 너무 크면 攻法을 써야하므로 이때 補法만 강조하는 것은 의미가 없다고 언급하였다.

程國彭 醫學心悟¹⁴⁾

治積聚者 當按初中末之三法焉 邪氣初客 積聚未堅 宜直消之 以後和之 若積聚日久 邪盛正虛 法從中治 須以補瀉相兼爲用 若塊消及半 便從末治 卽任攻擊之藥 但和中 養胃 導達經脈 榮衛疏通而塊自消 便有虛人患積者 理氣脾 增其飲食 然後 用藥攻其積 斯爲善治 此先後攻補之法也.

程國彭은 初中末期에 따른 治法을 李中梓의 醫論에敷衍하여 다뤘는데 치료가 어느 정도 잘 이루어져서 腫瘍의 퇴축이 절반이상 이루어지면 養正積自除의 醫論을 쫓아 오직 補法만을 시행해야 한다고 주장하였다.

吳謙 醫宗金鑑¹⁵⁾

治諸積 宜先審身形之壯弱 病勢之緩急而治之 如人虛卽 氣血衰弱 不任攻伐 病勢雖成 當先扶正氣以後治其病 若形氣實 宜先攻其病也

積脈胃強攻可用 攻虛兼補 正邪安氣 食積 癖宜化滯

註)若攻虛人 須兼補藥 或一攻三補 或五補一攻 攻邪而不傷正 養正而不助邪卽 邪正相安也.

腫瘍과 人間 중 人間을 중시해서 치료해 나가야함을 명시했고, 攻法을 사용하기 전이나 후에 補法을 사용해 正氣를 손상치 않게 하고, 腫瘍과 사람이 함께 편히 지낼 수 있도록 하자

는 주장을 하였다. 一攻三補나 五補一攻은 방사선이나 항암 화학요법 전후에 3-5배수이상의 시간을 補法에 할애 하도록 하는 현대적 의미의 임상 스케줄로도 해석 할 수 있다.

何夢瑤 醫編¹⁶⁾

大法 結者散之 客者除之 留者行之 堅者削之 鹹而軟之 苦以泄之 辛以開之..

凡磨積之藥 必用 補正之藥兼服

攻法을 사용 할 때는 補하는 약물을 겸하도록 하였다.

林佩琴 類證治裁¹⁷⁾

初由寒氣瘀血痰沫 交結于胃膜 久而盤踞堅牢 至元氣日削 盤踞日甚 攻補兩難措手 惟先理氣 其 氣行即 經絡通 或先調氣中 脾運即積滯化 其藥性宜辛散溫通 ...量新舊酌虛實 或一補一攻 或三補一攻 以積聚由漸而成 治必由漸而去 故緩攻通絡 勿峻用吐下 致傷胃氣而損真元

攻法을 시행함에 있어서 峻攻 猛攻이 아닌 緩攻法을 사용해야하며 腫瘍이 오랜 시간에 걸쳐 생긴 것이므로 治療도 오랜 시간이 필요함을 역설 하였다.

Ⅲ. 考 察

韓醫學의 古典이라 할 수 있는 內經에는 腫瘍의 病因 病期 鑑別診斷 등에 관한 사항만 기재되어있고 治療법에 대해서는 별다른 언급이 없고 內經을 敷衍한 難經에서도 역시 積聚를 五積으로 상세분류하기까진 하였으나 이후 AD 12C까지의 文獻들은 腫瘍의 治法에 대한 언급 없이 單方 藥物 혹은 複合處方만 기재 돼 있다.

즉 腫瘍에 대한 認識, 病理機轉, 鑑別診斷 등 學問的 臨床的 성숙이 이루어지는 시간을 거쳐, AD 12C이후부터 治法에 대한 談論이 나타나기 시작하는데, 宋金元時代에 治療에 있어 가장 큰 砒리가 구성되고 明代에 이르러 治療法에 대한 세세한 條目들이 만들어 지게 되었다.

正氣虛 邪氣實이란 병의 바탕을 직시하여 주장된 養正積自除는 종양치료에 있어 가장 根幹이 되는 내용으로 이것은 무조건적 補法만을 주장한 것이 아니라 병과 사람사이 관계의 兩面性을 고려한 治法으로 攻法혹은 攻補兼施에 있어서 病에 개재된 正氣虛를 잊지 말고, 邪氣인 腫瘍을 追逐하는데 치우쳐 근본이 되는 사람을 잊지 말라는 내용이며 이러한 견해는 이후 諸醫家들에게서 모두 공용되는 治療의 根幹이 되고 있다.

자연적 노화가 진행되면 신체 수분함량 및 기초대사량 감소로 인한 순환기능저하, 신체재생력 저하, 면역기능의 쇠퇴등 총체적인 正氣가 허해지게 되고 이에 따라 상대적으로 邪氣는 왕성해짐으로 腫瘍이 발생될 조건이 성숙해진다. 이렇듯 生理的으로 자연 발생될 수밖에 없는 종양의 病機를 이해하면 養正積自除는 지극히 합당하며 腫瘍治療에 있어 가장 큰 砒리가 돼야 함을 알 수 있을 것이다.

養正積自除의 내용은 후대 서적에서 대부분 張潔古의 글이라 출처를 기재하는데 글 내용과 평소에 張潔古가 주장한 내용과는 상치되는 부분이 있어 과연 張潔古의 글이 맞는 것인지는 의심스럽다. 韓醫學大辭典¹⁸⁾은 이 책의 저자가 作者未詳이나 주단계가 撰한것이라고 하였는데, 이외에도 張潔古의 저작이라는 주장, 李東垣의 저작이라는 주장, 劉河間的 저작이라는 주장, 張潔古와 劉河間的 醫論을 모아 후대에 가필한 서적이란 주장, 등 의견이 분분하므로¹⁹⁾ 어느 주장이 맞는지는 추후 醫史學的 考證이 진행 되어야 할 것으로 사료된다.

儒門事親에서의 張潔古 주장은 매우 흥미로운데 腫瘍 발생의 병리적 산물인 痰飲 瘀血을 제거하도록 적극적인 攻下法을 주장하면서도 積雖不傷人 亦與人偕老⁵⁾라 하여 腫瘍이 사람을 상하게 하지 않더라도 사람과 함께 늙어 갈 수는 있다는 문장이 그것이다.

腫瘍을 치료함에 있어서 최대 목표는 腫瘍 퇴축이 아닌 생존기간의 연장이건만 항암제 임상 시험 기준에 매몰된 사고의 개입으로 本末이 顛倒되어 치료과정 중 얼마나 腫瘍의 퇴축이 일어났는가를 치료효과의 기준으로 삼으려는 시도들이 많이 있으나, 腫瘍의 퇴축율과 생존기간의 연장이라는 治療成績과의 상관관계는 성립되어 있지 않은 게 엄연한 현실이다.²⁴⁾

실제로 약물비교 임상시험에서 腫瘍 퇴축율이 훨씬 좋은 약물이 생존기간의 연장은 없었다는 보고가²⁵⁾²⁶⁾ 발표되고 있으며 종양의 퇴축율은 별로 없었으나 생존기간의 연장이 있었다는 보고들은²⁹⁾³⁰⁾ 종양이 아닌 사람에 초점을 맞춰야 한다는 한의학적 사고를 반증한다고 할 수 있다.

그러한 측면에서 腫瘍 퇴축율을 치료효과 판정기준으로 삼지 않고, 腫瘍이 얼마나 안정되어 유지되는지, 혹은 얼마나 서서히 조금씩 자라는지 하는 부분을 퇴축율과 합산하여 DCR(disease control rate)²⁸⁾이라 하여 치료의 기준으로 삼는 방법도 사용되고 있다.

즉 종양이 줄어들지 않더라도, 그대로 유지되면 좋은 것이고, 종양이 자라더라도 급격히 빠르게 자라지만 않는다면 이 또한 치료효과로 인정한다는 것이다.

미국 NCI의²¹⁾ 종양치료 근거의 기준을 보면

- A. Total mortality (or overall survival from a defined time).
- B. Cause-specific mortality (or cause-specific mortality from a defined time).
- C. Carefully assessed quality of life.

D. Indirect surrogates.

- i. Event-free survival.
- ii. Disease-free survival.
- iii. Progression-free survival.
- iv. Tumor response rate.

라 하여 암환자의 생존이 가장 중요한 치료효과 판정의 근거이며 腫瘍의 퇴축은 直接的 根據마저 되지 못하고 間接的 根據으로써 인정되는 레벨에서도 가장 하위 단계에 위치하고 있다.

최근의 표적항암제들의 경우 腫瘍 퇴축율은 좋지 않으나 생존기간을 연장시키고 독성 부작용이 적은 특징이 있어 한방적 약물치료가 나아가는 길과 유사한 측면이 있다.

전통적 韓方의 治療觀이 病과 함께 共存한다는 相生의 觀點이었기에 종양을 치료하는 한 약물들은 cytotoxic하지 않고 cytostatic²⁷⁾한 효과를 보이는 게 대부분인데 독성이 없으면 腫瘍을 죽일 수 없고, 독성이 있으면 반드시 인체의 正氣도 손상되는 폐해가 있으니, 종양을 없애고자 하는데 얽매이지 말고 張潔古의 견해처럼 腫瘍이 사람을 傷하게 하지 않는다면 腫瘍과 사람이 함께 共存하여 늙어간다는 것을 腫瘍治法의 두 번째 버리로 삼아야 할 것이다.

세 번째 버리로 삼을 내용은 病의 단계마다 治法이 달라진다는 攻補有時와 어떤 방법으로 攻補를 해야 할 것인가? 하는 攻補有度의 견해이다.

明代 이후 清代까지 王¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾등 각 醫家들이 공통적으로 주장하는 견해는 종양의 初期 中期 末期에 따라 攻補法이 다르다는 것이다. 기존의 醫論에서 한발 더 나아가 病期別 자체 한 治法이 만들어지게 된 것인데 初期 積聚未久而元氣未損하고 正氣尙強 邪氣尙淺 하면 攻法을 사용하고 中期에 受病漸久邪氣較甚 正氣較弱해지면 攻補兼施를 사용하고 末期에 積聚漸久, 元氣日虛해져서 邪氣侵凌 正氣消殘해지면 補法을 사용해야한다는 것이 初中末의

攻補有時的 방법이다.

攻補의 時期가 결정된 후 그렇다면 어떻게 補하고 어떻게 攻 할 것인가?는 方法論의 문제가 대두된다.

林¹⁷⁾은 積聚由漸而成 治必由漸而去 故緩攻通絡 勿峻用吐下 致傷胃氣而損眞元라 하여 腫瘍 자체가 생겨나기까지 많은 시간이 소요되는데 이를 거슬러 단기간 내에 腫瘍을 퇴축 하려다 보면 반드시 胃氣와 元氣가 손상되므로 峻攻법은 금하고 緩攻법을 사용해야 한다고 역설하였다.

실제로 독성이나 부작용이 덜한 표적항암제인 imatinib²²⁾이 Ph + CML에서 지속적 복용 후 6년 생존률 88%라는 놀라운 결과를 발표 한 거나, 표준 치료제가 없던 간세포암에서 독성과 부작용이 강한 IFN 요법을 제치고 독성이나 부작용이 덜한 표적항암제 sorafenib이²³⁾ 표준치료제로 인정을 받은 것 등은 실제 암치료에서 峻攻 猛攻이 아닌 韓醫學의 관점하의 緩攻法이 유의미 할 수도 있다는 것을 시사한다.

李⁹⁾는 腫瘍의 성질이 寒冷하다 하여 生薑附子硫黃 같은 大熱한 약을 사용하게 되면 痞積益甚 眞氣傷而陰血燄하게 됨으로 補法을 사용하더라도 平補法을 쓰도록 주장하였다. 즉 藥性이나 藥力이 한쪽으로 偏僻되게 치우친 것은 腫瘍환자가 쉽게 견뎌내기 힘들고, 林¹⁷⁾이 정확히 본 것처럼 오랜 시간에 걸쳐 이루어진 腫瘍이란 병은 치료에도 오랜 시간이 소요 되는게 상례이건만 단기간에 효과를 보려는 욕심에 藥性を 강하게 하면 반드시 弊害가 있게 됨을 醫家들은 지적하는 것이다.

이렇게 攻補法을 시행함에 있어 歷代 醫家들은 임상 protocol까지 제시했는데 李¹²⁾ 補中數日然後攻伐, 程¹⁴⁾ 吳¹⁵⁾는 虛人患積者 扶正氣理氣脾 增其飲食 然後 用藥攻其積 이라 하여 一攻三補 五補一攻 一補一攻 三補一攻 하는 등 攻法사용 전후로 補法을 사용해 元氣를 튼튼히 하고 正氣의 손상을 줄이는 프로그램을

제시하였다.

일반적 항암화학요법의 스케줄이 1주 시행 후 3주 휴식기간을 갖는 것을 생각할 때 휴식기동안 韓藥物 치료 프로그램을 시행하는 것도 현대적 의미의 攻補兼施라 할 수 있다.

李⁹⁾는 腫瘍은 발생시 寒冷한 성질을 띄게 되므로 辛溫한 藥物로 치료해야하나 오래되면 熱證으로 변하므로 이때는 辛寒한 藥物로 치료해야 한다는 견해도 밝혔다. 이것은 腫瘍의 근본성질은 寒冷 하지만 오래 지속되면 感染疾患에 이환되거나 腫瘍熱 등으로 인해 熱性병변이 나타나게 됨을 관찰하여 기술한 것으로 根本藥物은 溫性이어야 하고 병의 증세에 따라 寒冷한 藥物도 사용 될 수 있다는 것으로 봐야 할 것이다.

실제 積聚에 사용되는 處方의 藥物을 분석한 문²⁰⁾의 연구에 의하면 사용빈도수가 가장 높은 것은 溫熱藥物이었다.

박이³²⁾ 詳述한 腫瘍의 病因病期를 봤을 때 腫瘍을 만들어 내는 病理的產物은 瘀血과 痰飲이었으며 腫瘍에서 발생하는 瘀血과 痰飲은 다시 종양의 성장을 촉진 시키는데, 瘀血과 痰飲은 상호 轉變하는 성질까지 지니고 있어 治療藥物은 瘀血治療에만 국한된다거나 痰飲治療에 국한되지 않고 瘀血과 痰飲을 동시에 치료 할 수 있어야 한다.

瘀血治療劑는 攻法 혹은 攻補兼施의 효과를 지니고 있는데, 이 경우 藥物治療로 인해 환자의 胃氣가 손상되기도 하고, 평상시 胃氣가 약하다면 藥物의 효과도 반감되거나 오히려 부작용이 나타나게 되므로, 治療에 있어서 補法이나 攻補兼施의 효과를 가지는 완만한 痰飲治療劑를 반드시 사용하여 瘀血治療劑와 痰飲治療劑가 상호 균형을 이뤄 처방 돼야 할 것이다.

이것이 張¹³⁾의 不問何藏 先調氣中 使能飲食是基本也. 何¹⁶⁾의 凡磨積之藥 必用 補正之藥兼服. 林¹⁷⁾의 勿致傷胃氣而損眞元 程¹⁴⁾의 便有虛人患積者 理氣脾 增其飲食 然後 用藥攻

其積이라는 의미에도 포함된다.

따라서 근자에 연구되는 암치료약물연구들이 대부분 活血祛瘀에 해당되는 혈관신생억제에 관한 흐름 위주로 가고 있지만 痰飲治療藥物들의 항암효과에 대한 연구도 동전의 양면처럼 지속적으로 진행되어야 할 것으로 사료된다.

박이³²⁾ 詳述한 腫瘍의 病因病機에서 또한 유의 깊게 살펴야할 문제가 七情의 문제이다. 七情鬱結은 腫瘍을 만들어내는 發生因子로도 작용하지만 腫瘍을 診斷 받는 행위가 七情鬱結을 深化시켜 이것이 다시 腫瘍의 成長을 촉진하게 되는 상호 positive feedback 작용을 가지고 있다. 따라서 腫瘍診斷 후 환자의 七情을 조절하여 安定시키고자 하는 노력이 의사의 지도 및 기타 환자 스스로의 노력에 의해 반드시 수반되어야 할 것이다.

藥物治療 이외 환자의 섭생에 관한 지도에 있어 陳¹⁾은 운동 및 도인요법도 함께 실시해야 함을 언급했고, 羅⁷⁾는 음식이 腫瘍을 발생 할 수 있으니 음식에 상당한 주의를 기울이도록 강조하였는데 후대에 虞⁸⁾李⁹⁾등도 飲食攝生에 많은 주의를 촉구 하였다.

張¹¹⁾은 더 나아가 麵性多滯하여 밀가루 음식을 많이 섭취 하는 곳에서 암환자가 많이 발생한다는 역학적 보고까지 하면서 음식조절에 있어 암 환자 스스로의 노력도 필요함을 역설하였다.

이를 통해 암을 치료하는데 있어 의사의 藥物治療 뿐 아니라 환자 스스로의 攝生에 관한 노력이 필요하며, 이에 관한 인식 및 환자지도가 total care 개념으로 이미 이루어지고 있었음을 알 수 있었다.

IV. 結 論

著者は 原典書籍을 근거로 積聚를 위주로 한 腫瘍治療法을 연구한 결과 다음과 같은 중

양치법의 三綱과 五條目を 얻었다.

1. 三綱

- 1) 養正積自除
- 2) 積不傷人 與人偕老
- 3) 攻補有時 攻補有度

2. 五條目

- 1) 補法 사용시에는 平補法을 攻法 사용시에는 緩攻法을 사용한다.
- 2) 腫瘍治療 時期에 따라 初中末期의 치료법이 다른데 初期에는 攻法 위주 中期에는 攻補兼施 末期에는 補法 위주로 한다.
- 3) 腫瘍治療에서 기본이 되는 藥物은 溫性 藥物이되 性味가 偏僻된 藥物은 삼가고, 腫瘍이 오래되어 熱證이 발현 될 때는 임의용지하여 寒性 藥物을 사용한다.
- 4) 腫瘍治療 藥物은 祛瘀血, 治痰飲 효과를 모두 가지고 있어야한다.
- 5) 腫瘍治療에 있어서 患者의 七情관련 문제를 조절 해 주어야 하며, 攝生에 대한 주의지도 및 환자 스스로의 노력이 필요하다.

參考文獻

1. 陳無擇. 三因方. 卷之八. p.10-4, 臺灣, 台聯國風出版社, 1978
2. 嚴用和. 嚴氏濟生方. p.57-9, 北京, 人民衛生出版社, 1980
3. 作者未詳. 活法機要(醫部全錄中). p.129 新豐出版公司,,
4. 문구外. 암 동서의 결합치료. p.1, 익산, 圓光大學校 出版局, 1999
5. 張子和. 儒門事親. 卷三 p.5, 臺北, 旋風出版社, 1978
6. 朱震亨. 丹溪心法. p.22, 235, 北京, 中國

- 書店, 1986
7. 羅天益. 衛生寶鑑. p.213, 香港, 商務印書館, 1973
 8. 虞搏. 醫學正傳. p.147-8, 北京, 人民衛生出版社, 1981
 9. 李梴. 醫學入門. p.352-3,389, 翰成社, 1984
 10. 王肯堂. 證治準繩. 四庫全書 第七七一冊. p.771, 文淵閣, 麗江出版社. ,1988
 11. 張介賓. 景岳全書. p.504-9, 北京, 人民衛生出版社, 1995
 12. 李中梓. 醫宗必讀. p.256, 臺南, 綜合出版社, 1976
 13. 張璐. 張氏醫通. p.134, 上海, 上海科學技術出版社, 1990
 14. 程國彭. 醫學心悟. p.22, p.136, 北京, 人民衛生出版社, 1981
 15. 吳謙. 醫宗金鑑 上冊. p.89-90, 北京. 人民衛生出版社, 1982
 16. 何夢瑤. 醫碭. p.124-7, 上海, 上海科學技術出版社, 1982
 17. 林佩琴. 類證治裁. p.223-4, 서울, 成輔社, 1980
 18. 韓醫學大辭典編纂委員會. 韓醫學大辭典. p.340, 서울, 東洋醫學研究院出版部, 1985
 19. 趙大震. 素問病機氣宜保命集의 著者에 關한 考察. 大韓原典醫史學會誌 11(2):170-202, 1998
 20. 문구外. 積聚 處方에 대한 文獻의 考察 大韓韓方腫瘍學會誌 2(1), 1996
 21. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/levels-evidence-adult-treatment>
 22. Andreas Hochhaus on behalf of the IRIS(International Randomized IFN vs ST1571) study group. IRIS 6-year follow-up: sustained survival and declining annual rate of transformation in patients with newly diagnosed Ph+CML treated with imatinib. Blood 110,11, 2007 ; ASH 2007 oral presentation
 23. J. Llovet, S. Ricci, V. Mazzaferro, P. Hilgard, J. Raoul, S. Zeuzem, M. Poulin-Costello, M. Moscovici, D. Voliotis, J. Growth factors as therapeutic targets in HCC. Crit Rev Oncol Hematol. 67(1):8-15, 2008 ; Epub 2008 Apr 22.
 24. Weiss GB, Bunce H 3rd, Hokanson JA. Comparing survival of responders and nonresponders after treatment: a potential source of confusion in interpreting cancer clinical trials. Controlled Clin Trials. 4(1):43-52, 1983
 25. Gandara DR, Crowley J, Livingston RB, Perez EA, Taylor CW, Weiss G, Neeffe JR, Hutchins LF, Roach RW, Grunberg SM. Evaluation of cisplatin intensity in metastatic non-small-cell lung cancer: a phase III study of the Southwest Oncology Group. J Clin Oncol. 11(5): 873-8, 1993
 26. Gatzemeier U, von Pawel J, Gottfried M, ten Velde GP, Mattson K, DeMarinis F, Harper P, Salvati F, Robinet G, Lucenti A, Bogaerts J, Gallant G. Phase III comparative study of high-dose cisplatin versus a combination of paclitaxel and cisplatin in patients with advanced non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 18(19):3390-9, 2000
 27. Therasse P. Measuring the clinical response. What does it mean? Eur J cancer 38:1817-23, 2002
 28. Lara PN Jr, Redman MW, Kelly K, Edelman MJ, Williamson SK, Crowley JJ, Gandara DR. Southwest Oncology Group. Disease control rate at 8 weeks predicts

- clinical benefit in advanced non-small-cell lung cancer: results from Southwest Oncology Group randomized trials. *J Clin Oncol.* 26(3):463-7, 2008
29. Shepherd FA, Dancey J, Ramlau R, Mattson K, Gralla R, O'Rourke M, Levitan N, Gressot L, Vincent M, Burkes R, Coughlin S, Kim Y, Berille J. Prospective randomized trial of docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. *J Clin Oncol.* 18(10):2095-103,2000
30. Shepherd FA, Rodrigues Pereira J, Ciuleanu T, Tan EH, Hirsh V, Thongprasert S, Campos D, Maoleekoonpiroj S, Smylie M, Martins R, van Kooten M, Dediu M, Findlay B, Tu D, Johnston D, Bezjak A, Clark G, Santabárbara P, Seymour L; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 353(2):123-32, 2005
31. 엄석기. 漢代까지의 중기,혹,덩어리에 對한 疾病認識 考察. 大韓韓醫學原典學會誌. 21(2), 2008
32. 박재현 外. 積聚를 위주로 한 腫瘍의 病因病機에 관한 小考. 大韓癌韓醫學會誌 12(1):1-13,2007