

구에서 이미 공통적으로 지적되었다. 예를 들어, 최병일 등은 “針治療에 사용되는 經絡의 개념은 五行의 臟腑論에 근거를 두고 있는데 이를 四象에서 응용되는 臟腑大小 개념과 그대로 연결시켜 主治穴을 선정한 것은 문제가 된다”²⁾라고 했고, 강병철은 “다른 臟은 肺-金, 肝-木, 腎-水 의 기존 五行 배속을 그대로 따르면서 유독 脾만 土가 아닌 火에 배속한 이유에 대한 명확한 언급이 없다. 또 四象醫學의 辨證 체계인 腹背表裏에 의한 針穴의 설정과 升降緩束에 의한 치료 개념이 아니다”³⁾라고 했고, 김명균 등은 “太極鍼法은 五行의 방법론으로 四象을 해석하고 있고, 또 四象人의 臟腑의 大小를 기준으로 해당 經絡의 強弱을 단정 짓는 문제점이 있다”⁴⁾라고 하였는데, 매우 타당한 지적이라 판단된다.

하지만 이렇게 이론적 문제점을 지적하면서도 동시에 최병일 등은 “임상적으로는 유효한 효능을 나타내고 있다”⁵⁾라고 하였고, 강병철은 “四象體質을 분류기준으로 적용하여 임상적으로 유효한 결과를 나타내고 있다”⁶⁾라고 언급하는 등 그 임상적 유효성은 인정하고 있는 실정이다. 최근에는 1978년 이후 줄곧 太極鍼法을 임상에 적용해 온 김재규 등에 의해 “6회의 체질별 太極鍼 시술을 통해 肝濁音⁷⁾ 및 환자의 기타 불편 증상을 치료 전에 비해 유의하게 감소시켰다”⁸⁾라는 연구 결과도 발표되었다.

따라서 현재 太極鍼法은 “이론 체계에는 결함이 있지만 임상적 유효성은 인정된다”라는 모순된 상황에 처해있다. 임상에서 활용되고 있는 太極鍼法을 보다 체계적 이론으로 뒷받침하고, 나아가 임상적 유효성

및 적용 범위를 확대하기 위해서는 이론체계의 재정비를 통해 이러한 모순을 해결할 필요가 있다. 그 시도의 일환으로 太極鍼法에서 主治療穴로 삼고 있는 太衝, 太白, 太谿 등의 原穴에 관한 이론을 담고 있는 『靈樞·九鍼十二原篇』을 중심으로 太極鍼法의 이론 분석에 관한 연구를 수행하였고, 그 결과 일정한 결론을 도출하였기에 보고하는 바이다.

II. 本 論

1. 연구 방법과 내용

1) 먼저 창안자인 이병행의 太極鍼法이론과 四象醫學과의 연관성을 분석하였다. 선행 연구에서 이미 수차례 연관성에 문제가 있음이 지적되었으나 동시에 “四象體質을 분류기준으로 적용하여 임상적으로 유효한 결과를 나타내고 있다”⁹⁾, “太極針은 이제마의 四象體質醫學에서 말하는 四象體質別 針治療法이다”¹⁰⁾라는 식으로 太極鍼法 이론과 四象醫學을 관련짓는 시각도 혼재하고 있으므로 이에 대한 분석이 우선적으로 필요하다고 생각하였다.

2) 太極鍼法의 主治療穴이 原穴이므로 이에 관한 내용을 다루고 있는 『靈樞·九鍼十二原篇』을 중심으로 太極鍼法 이론을 분석하였다.

이 때 原穴에 대한 내용을 다루고 있는 또 다른 주요篇인 『靈樞·本輸篇』은 主 대상으로 삼지 않았는데, 그 이유는 『靈樞·本輸篇』에서는 太極鍼法에서 원칙적으로는 사용하지 않는 六腑의 原穴¹¹⁾ 다루고 있기 때문이다. 반면 『靈樞·九鍼十二原篇』에서는 太極鍼法의 主治療穴인 五臟의 原穴을 다루고 있다.

문제 고찰. 사상체질의학회지. 2008. Vol.20.(1). p.16.

2) 최병일, 고병희, 송일병. 體質에 應用되고 있는 針治療法에 對한 考察. 사상체질의학회지. 1989. Vol.1.(1). p.186.

3) 강병철. 四象醫學의 針法을 위한 방법론 연구. 동국대학교 대학원 석사학위논문. 2007. p.14.

4) 김명균, 박성식. 기존 四象醫學 針法과 經絡의 해석에 대한 문제 고찰. 사상체질의학회지. 2008. Vol.20.(1). p.16.

5) 최병일, 고병희, 송일병. 體質에 應用되고 있는 針治療法에 對한 考察. 사상체질의학회지. 1989. Vol.1.(1). p.186.

6) 강병철. 四象醫學의 針法을 위한 방법론 연구. 동국대학교 대학원 석사학위논문. 2007. pp.13-14.

7) 김재규는 兩脇部位를 打診할 때 들려오는 非正常的으로 濁한 소리를 ‘肝濁音’이라고 命名하고 있다.

8) 김재규, 채한, 김진형, 노승희. 亞健康 치료(治未病)에 미치는 태극침법의 효능에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 4호. p.116.

9) 강병철. 四象醫學의 針法을 위한 방법론 연구. 동국대학교 대학원 석사학위논문. 2007. pp.13-14.

10) 인창식, 채운병, 고흥균, 이해정, 전세일, 박희준. 한국 침구 의학의 체질관점과 실용적 통합치료의학으로서의 특징. 대한경락경혈학회지. 2006. Vol.23(2). p.21.

11) 太極鍼法에서도 大腸經의 原穴인 合谷을 사용하지만, 이는 ‘腎無瀉法’이라는 이론을 따르기 위한 편법에 불과하고 원래는 合谷이 아니라 腎經 原穴인 太谿를 選用해야 한다. 그래서 “太極鍼法에서는 원칙적으로 六腑의 原穴은 사용하지 않는다”라고 표현하였다. 이에 관한 논의는 본문 중에 자세히 하였으니 본문 내용을 참고하기 바란다.

3) 본 연구에서 참고한 『東醫壽世保元』原文은 전국 한의과대학 四象醫學教室에서 공동으로 출간한 교재가 가장 신뢰도가 높다고 판단하여 『改訂增補 四象醫學』¹²⁾에 수록된 辛丑本 原文을 底本으로 삼았다. 『黃帝內經 素問』과 『黃帝內經 靈樞』는 진주표가 編註한 『임상활용 황제내경 독송본』¹³⁾에 수록된 원문을 底本으로 삼았는데, 그 이유는 이 책이 上海中華書局에서 校刊한 ‘四部備要本’을 底本으로 하고 ‘四庫全書本’, 『黃帝內經章句索引』, 『黃帝內經素問校釋』, 『黃帝內經靈樞 校釋』을 對校本으로 삼아 원문을 정리하였기¹⁴⁾ 때문에 신뢰도가 높다고 판단하였기 때문이다.

2. 太極鍼法과 四象醫學의 연관성

1) 이병행의 太極鍼法 이론

이병행이 자신의 저서 『鍼道源流重磨』에서 주장한 太極鍼法の 주요 이론을 이제마의 四象醫學 이론을 그대로 수용한 부분과 자신의 독창적 見解인 부분으로 구분하여 정리하면 아래와 같다.

(1) 太極鍼法 이론 중 四象醫學 이론을 그대로 수용한 부분¹⁵⁾

① 四象人의 臟器 大小는 太陽人은 肺大肝小하고 太陰人은 肝大肺小하고 少陽人은 脾大腎小하고 少陰人은 腎大脾小하다.

② 四象人의 臟器 大小는 性情의 편차에 의해 발생한다.

③ 肺黨은 肺, 胃脘, 舌, 耳, 頭腦, 皮毛이고 脾黨은 脾, 兩乳, 目, 背脊, 筋이고 肝黨은 肝, 小腸, 臍, 鼻, 腰脊, 肉이고 腎黨은 腎, 大腸, 前陰, 口, 膀胱¹⁶⁾, 骨이다.

12) 전국 한의과대학 사상의학교실 엮음. 改訂增補 四象醫學. 서울. 집문당. 2011.

13) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법인문화사. 서울. 2009.

14) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법인문화사. 서울. 2009. p.5.

15) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. pp.342-353.

16) 이병행이 膀胱을 어떤 의미로 받아들였는지는 알 수 없지만 東醫壽世保元에서는 膀胱이 해부학적 의미의 膀胱을 지칭할 경우와 臀部를 지칭할 경우의 두 가지로 사용되었다. 여기서는 太陽人의 頭腦, 少陽人의 背脊, 太陰人의 腰脊과 대응되는 의미로 쓰였으므로 臀部를 지칭하는 의미로 받아들이는 것이 타당하리라 생각한다.

(2) 太極鍼法 이론 중 이병행의 독창적 見解¹⁷⁾

① 太陽人은 肺大한데 肺屬金하므로 金性體質이고, 太陰人은 肝大한데 肝屬木하므로 木性體質이고, 少陽人은 脾大한데 脾屬火하므로 火性體質이고, 少陰人은 腎大한데 腎屬水하므로 水性體質이 된다.

② 太陽人은 肺大肝小하니 肺의 原穴인 太淵을 瀉하고 肝의 原穴인 太衝은 補한다. 太陰人은 肝大肺小하니 肝의 原穴인 太衝은 瀉하고 肺의 原穴인 太淵을 補한다. 少陽人은 脾大腎小하니 脾의 原穴인 太白을 瀉하고 腎의 原穴인 太谿를 補한다. 少陰人은 腎大脾小하니 大腸의 原穴인 合谷을 瀉하고 脾의 原穴인 太白을 補한다. 少陰人의 경우 腎의 原穴인 太谿를 瀉하지 않고 黨與인 大腸의 原穴을 瀉하는 이유는 腎無瀉法이라는 원칙 때문이다.

③ 診斷法(四象人 감별법)은 尺度法과 太極鍼法을 이용한 방법이 있다. 尺度法의 경우, 太陽人은 肺部位인 乳房上의 둘레가 乳房下의 둘레보다 크고 太陰人은 그 반대이다. 또 少陽人은 第十一肋骨端下가 腸骨棘上의 둘레보다 크고 少陰人은 그 반대이다. 太極鍼法을 이용한 방법의 경우, 太陽人은 金氣가 太過하므로 心經의 火穴인 少府를 補하면 즉시 효과가 나고, 太陰人은 木氣가 太過하므로 心經의 金穴인 靈道를 補하면 즉시 효과가 나고, 少陽人은 火氣가 太過하므로 心經의 水穴인 少海를 補하면 즉시 효과가 나고, 少陰人은 水氣가 太過하므로 心經의 土穴인 神門을 補하면 즉시 효과가 난다.

(3) 考察

太極鍼法 이론 중에서 四象人 臟腑大小 등 四象體質 이론을 그대로 도입한 부분을 보면 “四象醫學의 原典인 東醫壽世保元을 토대로 하여 연구한 太極鍼法”¹⁸⁾이라는 이병행의 표현대로 太極鍼法이 四象人 치료를 목적으로 개발된 針法임이 분명하다. 그러나 太極鍼法 이론 중 이병행의 독창적 見解를 살펴보면 太極鍼法을 四象體質 이론과 관련된 針法이라고 보기가 어렵다.

먼저 이병행의 독창적 見解 중 ① 번 항목인 “太陽人은 肺大한데 肺屬金하므로 金性體質이고, 太陰人은 肝大한데 肝屬木하므로 木性體質이고, 少陽人은 脾大

17) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. pp.342-353.

18) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.344.

한데 脾屬火하므로 火性體質이고, 少陰人は 腎大한데 腎屬水하므로 水性體質이 된다”라는 주장은 『東醫壽世保元草藁』에 “肺는 봄에 왕성하고, 脾는 여름에 왕성하고, 肝은 가을에 왕성하고, 腎은 겨울에 왕성하다 ~ 肺는 나무를 본땀고 脾는 불을 본땀고, 肝은 금을 본땀고, 腎은 물을 본땀다”¹⁹⁾라고 記述된 이제마의 견해와 다르다. 즉 內經醫學의²⁰⁾ 관점을 따르고 있는 이병행의 臟腑의 五行 배속은 이제마의 것과 다르다. 그러므로 비록 肺脾肝腎이라는 동일한 용어를 사용하고는 있지만 이제마의 肺脾肝腎과 이병행의 肺脾肝腎은 그 의미가 다르다. 이를 조금 더 자세히 살펴보면, 예를 들어, 이제마와 이병행이 말하는 肺가 Lung이라는 해부학적 실체를 중심으로 성립된 ‘기능적 공동체의 집합 개념’이라는 공통점을 가지고 있음은 분명하다. 하지만 『內經』의 五行的 臟腑論 관점을 따르고 있는 이병행이 말하는 肺는 五行으로 따지면 金의 속성을 가지고 있으며, 大腸·皮毛·鼻·背·喉嚨을 같은 기능을 발현하는 계통으로 포괄하고²¹⁾ 있는데 반해, 기존의 五行論이 아니라 자신의 독특한 四元構造論에 근거해 四象醫學을 창안한 이제마의 肺는 五行으로 따지면 木의 속성을 가지고 있으며 胃脘·舌·耳·頭腦·皮毛를²²⁾ 같은 기능을 발현하는 계통으로 포괄하고 있다. 따라서 비록 동일한 해부학적 실체인 Lung을 중심으로 한 기능적 공동체를 역시 동일한 ‘肺’라는 단어로 표현하고 있지만 그 기능적 의미와 연관되는 구체적 인체 부위는 분명히 다르다. 그리고 이러한 원리는 脾와 肝과 腎에도 똑같이 적용된다.

이상에서 살펴본 이제마와 이병행의 臟腑 개념의 차이를 간략하게 도표로 정리하면 다음의 표 1과 같다.

〈표 1〉 이제마와 이병행의 臟腑論의 차이

	이제마의 臟腑 개념	이병행의 臟腑 개념
肺	① 오행속성 : 木 ② 관련 계통 : 胃脘, 舌, 耳, 頭腦, 皮毛	① 오행속성 : 金 ② 관련 계통 : 大腸, 皮毛, 鼻, 背, 喉嚨
脾	① 오행속성 : 火 ② 관련 계통 : 胃, 兩乳, 目, 背脊, 筋 ²³⁾	① 오행속성 : 土 ② 관련 계통 : 胃, 口, 肉, 脣 ²⁴⁾
肝	① 오행속성 : 金 ② 관련 계통 : 小腸, 臍, 鼻, 腰脊, 肉 ²⁵⁾	① 오행속성 : 木 ② 관련 계통 : 膽, 爪甲, 筋, 目, 脇 ²⁶⁾
腎	① 오행속성 : 水 ② 관련 계통 : 大腸, 前陰, 口, 膀胱 ²⁷⁾ , 骨 ²⁸⁾	① 오행속성 : 水 ② 관련 계통 : 膀胱, 骨, 髮, 耳, 腰 ²⁹⁾

따라서 이병행의 독창적 見解 중 ②번 항목의 “太陽人は 肺大肝小하니 肺의 原穴인 太淵을 瀉하고 肝의 原穴인 太衝은 補한다. 太陰人は 肝大肺小하니 肝의 原穴인 太衝은 瀉하고 肺의 原穴인 太淵을 補한다”라는 주장은 논리적으로 맞지 않다. 이병행의 肺와 이제마의 肺는 그 기능적 의미와 관련 기관들이 다르므로 이병행의 補肺(혹은 瀉肺)와 이제마의 補肺(瀉肺)는 그 방법과 의미가 다를 수밖에 없는데 이 둘을 아무런 고려 없이 그냥 하나로 묶어버렸기 때문이다. 다시 말해서, 예를 들어, 肺의 原穴인 太淵을 瀉한다는 의미는 기존의 五行的 臟腑論에 기반한 이병행의 肺의 實證을 瀉法으로 치료한다는 의미지 四象論的 臟腑論에 기반해 이제마가 규정한 太陽人の 肺大肝小한 臟腑偏差를 조절한다는 의미는 아니다.

이러한 문제점은 이병행의 독창적 見解 중 ③번 항목의 太極鍼法을 이용한 四象人 감별법에도 그대로 적용된다. 앞에서 肺를 예로 들어 살펴본 것과 똑같은 논

19) 이제마 著, 김달래 編譯, 東醫壽世保元草藁, 도서출판 정담, 서울, 2001. p.28.

“肺旺春, 脾旺夏, 肝旺秋, 腎旺冬 ~ 肺象木, 脾象火, 肝象金, 腎象水”

20) 전국 한의과대학 四象醫學 공동 교재에 수록된 “四象醫學과 구분되는 기존의 證治醫學을 편의상 內經醫學이라고 지칭할 수 있다”는 주장을 따랐다. 이후 본 논문에서의 ‘內經醫學’은 四象醫學과 구분되는 기존의 證治醫學 체계를 의미한다. (전국 한의과대학 사상의학교실 硯음, 改訂增補 四象醫學, 서울, 집문당, 2011. p.41.)

21) 전국 한의과대학 생리학 교수 編著, 東醫生理學, 집문당, 서울, 2008. p.269.

22) 전국 한의과대학 사상의학교실 硯음, 改訂增補 四象醫學, 서울, 집문당, 2011. p.645.

23) 전국 한의과대학 사상의학교실 硯음, 改訂增補 四象醫學, 서울, 집문당, 2011. p.645.

24) 전국 한의과대학 생리학 교수 編著, 東醫生理學, 집문당, 서울, 2008. p.243.

25) 전국 한의과대학 사상의학교실 硯음, 改訂增補 四象醫學, 서울, 집문당, 2011. p.646.

26) 전국 한의과대학 생리학 교수 編著, 東醫生理學, 집문당, 서울, 2008. p.206.

27) 東醫壽世保元에서는 膀胱이 해부학적 의미의 膀胱을 지칭할 경우와 腎部를 지칭할 경우의 두 가지로 사용되었다. 여기서는 太陽人の 頭腦, 少陽人の 背脊, 太陰人の 腰脊과 대응되는 의미로 쓰였으므로 腎部를 지칭하는 의미로 받아들이는 것이 타당하리라 생각한다.

28) 전국 한의과대학 사상의학교실 硯음, 改訂增補 四象醫學, 서울, 집문당, 2011. p.646.

29) 전국 한의과대학 생리학 교수 編著, 東醫生理學, 집문당, 서울, 2008. p.284.

리로 이제마의 心과 이병행의 心은 같지 않다. 게다가 脾는 火에, 心은 土에 배속함으로써 四象醫學의 견해를 일부 반영한 것과³⁰⁾ 달리 肺와 肝은 기존의 방식대로 각각 金과 木에 배속했을 뿐 아니라 心經의 五輸穴의 五行 속성도 기존의 방식대로 그대로 유지하는 모습까지 있다³¹⁾. 따라서 心經의 穴을 이용해 어떤 辨證類型 혹은 四象醫學과 다른 범주의 體質을 감별할 수 있을지는 모르지만 이제마의 四象人을 감별하는 것은 불가능하다.

이병행의 독창적 見解 ③ 번 항목 중 尺度法을 이용한 四象人 감별법은 『東醫壽世保元』의 “太陽人의 體形氣像은 앞이마는 툇 튀어나와 있고 허리는 약해 보인다. 少陽人의 體形氣像은 가슴은 넓게 벌어져 있고 엉덩이는 약해 보인다. 太陰人의 體形氣像은 허리는 왕성하고 이마는 약해 보인다. 少陰人의 體形氣像은 엉덩이는 발달되어 있고 가슴은 좁다”³²⁾라는 記述과 유사하다. 따라서 비록 감별의 기준으로 삼는 구체적 부위는 약간 다르지만 나름대로의 의의는 있다고 볼 수도 있다. 그렇지만 이병행 자신이 스스로 “이 방법은 정확성이 희박하므로 대충 가정한 후에 太極鍼法으로 體質을 판정한다”³³⁾라고 언급했음을 고려할 때 결론적으로는 큰 의미를 두기 어려워 보인다.

이상의 고찰 결과를 총괄하면, 四象醫學 창시자인 이제마와 太極鍼法 창시자인 이병행의 臟腑 개념은 완전히 다르고, 따라서 이병행의 太極鍼法은 비록 四象醫學에 적용할 體質鍼法 개발을 목표로 창안되었으나 그 의도와는 달리 결과적으로는 四象體質醫學과 아무런 관계없는 針法이라 할 수 있다.

이러한 오류는 1894년 이제마가 『東醫壽世保元』의 저술을 통해 四象醫學을 처음 발표한 이후 산발적인 연구가 이루어지다가 1970 년에야 비로소 홍순용

을 중심으로 四象醫學會가 창립되어 四象醫學에 대한 연구가 본격적으로 시작되었던³⁴⁾ 학문적 흐름과 무관하지 않아 보인다. 즉 四象醫學에 대한 연구가 미흡하여 四象醫學에서 말하는 臟腑의 개념과 內經醫學의 臟腑의 개념이 완전히 다르다는 사실이 명확하게 정립되기 전에 肺脾肝腎이라는 용어의 동일성을 의미의 동일성으로 오해한데서 발생한 오류이자 기존의 內經醫學 이론과 四象醫學 이론을 선부르게 접목하려 한데서 발생한 여러 가지 오류 중 한 가지라고 생각된다. 이러한 문제들이 비단 太極鍼法에만 있는 것이 아니라 四象醫學과 관련하여 개발된 다른 유명 針法들인 권도원의 八體質鍼法이나 김진수의 四象人鍼法 등에도 공통적으로 내재되어 있음이 그 증거라 할 수 있다³⁵⁾.

이상의 이유 때문에 가령 太極鍼法이 이제마의 四象醫學과는 다르지만 나름대로의 독특한 體質鍼法 체계일지도 모른다는 가정을 한다면 치더라도, 적어도 이제마의 四象醫學과는 관계없음이 분명하다고 생각한다.

3. 太極鍼法の 選經選穴의 또 다른 문제점

앞에서 이미 太極鍼法은 『內經』의 五行的 臟腑論과 四象醫學의 臟腑論의 차이를 고려하지 않은 근본적 오류가 있고, 또 臟腑 및 心經 五輸穴의 五行配屬이 일관된 관점에서 이루어지지 않은 모순도 있기 때문에 결국 太極鍼法은 四象體質鍼法이라 할 수 없음을 살펴보았다. 그런데 太極鍼法 이론에는 『靈樞·九鍼十二原篇』을 중심으로 太極鍼法 이론을 분석하기 전에 반드시 짚고 넘어가야 할 중요한 오류 두 가지가 더 내재되어 있다. 體質鑑別을 위한 選穴 과정과 體質鑑別後 治療經絡 선정 과정에 내재해 있는 이 두 가지 오류는 바로 “腎無瀉法 이론의 적용”과 “相生相克 이론과 待對 이론의 混用”의 문제인데, 이를 차례로 살펴보면 다음과 같다.

1) 腎無瀉法 이론의 적용

太極鍼法에서 少陰人이라고 감별된 사람을 치료할 때는 원래 이론대로라면 脾經의 原穴인 太白을 補하고

30) 강병철. 四象醫學의 針法을 위한 방법론 연구. 동국대학교 대학원 석사학위. 2007. p.14.

31) 五行的 臟腑論에서 火에 배속되는 心과 土에 배속되는 脾의 속성을 心土와 脾火로 바꾸어 배속했다면, 五輸穴 중 火穴과 土穴의 속성도 바꾸어야 논리적으로 옳다.

32) 전국 한의과대학 사상의학교실 엮음. 改訂增補 四象醫學. 서울. 집문당. 2011. p.728.

“太陽人 體形氣像 腦佳頁之起勢 盛壯而 腰圍之立勢 孤弱 少陽人 體形氣像 胸襟之包勢 盛壯而 膀胱之坐勢 孤弱 太陰人 體形氣像 腰圍之立勢 盛壯而 腦佳頁之起勢 孤弱 少陰人 體形氣像 膀胱之坐勢 盛壯而 胸襟之包勢 孤弱”

33) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.347.

34) 전국 한의과대학 사상의학교실 엮음. 改訂增補 四象醫學. 서울. 집문당. 2011. p.41.

35) 전국 한의과대학 사상의학교실 엮음. 改訂增補 四象醫學. 서울. 집문당. 2011. p.337.

腎經의 原穴인 太谿를 瀉하여 腎大脾小한 불균형을 치료해야 한다. 하지만 이병행은 “腎은 본래 瀉하지 않는다는 腎無瀉法의 원칙을 따라 腎을 직접 瀉하지 않고 그의 黨與인 大腸의 原穴인 合谷을 瀉한다”³⁶⁾라는 논리로 少陰人의 瀉法 적용 經絡 및 經穴로 大腸經의 合谷을 선택하였다. 이처럼 이병행이 ‘腎無瀉法’ 이론을 太極鍼法 이론에 도입한 까닭은 『東醫壽世保元』에 수록된 이제마의 少陰人 針治療 관찰례, 즉 “少陰人이 中氣病으로 혀가 굳어 말을 못하는 증상에 한 의사가 合谷穴에 침을 놓았는데, 그 효능이 신기한 경우를 본 적이 있다”³⁷⁾와 관계 깊어 보인다. 그는 太極鍼法에서 主治穴로 原穴을 선택한 근거 두 가지로 “『靈樞·九鍼十二原篇』에 十二原穴로 五臟을 치료한다고 수록되어 있기 때문”³⁸⁾이라는 것과 함께 “『東醫壽世保元』에 수록된 少陰人 中氣病 治療穴인 合谷은 大腸의 原穴이다. 大腸은 腎의 黨與이기 때문에 大腸의 原穴 치료로 少陰人의 不語證이 치료된 것으로 추정되기 때문”³⁹⁾임을 제시하였다. 이 중 後者가 太極鍼法 이론에 ‘腎無瀉法’ 이론이 도입된 이유와 관계있어 보인다.

太極鍼法이 발표된 1974년 무렵은 四象人 適用穴에 대한 선행 연구가 거의 이루어지지 않았던 시기였으므로 이병행에게는 별 다른 참고 자료가 없었을 것이고, 이러한 상황에서 四象人 體質針法으로 太極鍼法을 창안하려 했던 이병행의 입장에서는 이제마가 四象人 針治療와 관련해 유일하게 언급했던 合谷穴을 太極鍼法 이론 체계에 꼭 포함시키고 싶었을 것이다. 그래서 그 방법의 일환으로 ‘腎無瀉法’ 이론을 太極鍼法에 도입한 것으로 추정된다. 물론 이병행이 원래 ‘腎無瀉法’ 학설의 주창자였을 가능성도 있다.

하지만 어느 쪽이건 문제의 핵심은 이병행이 太極鍼法에 도입한 ‘腎無瀉法’ 이론은 그 자체가 옳다고 보기 어렵다는 점이다. 김성경 등은 “宋代 錢乙이 자신의 小兒科 專門書인 『小兒藥證直訣』에서 ‘腎無實’을 주장한 이래 많은 醫家들이 ‘腎無實證’과 ‘腎無瀉法’을 주장하였다. 그러나 『內經』 『難經』 『脈經』 『巢氏諸病源候論』

등 歷代의 수많은 醫書에 腎實證과 瀉腎法이 명확하게 기재되어 있다. 게다가 ‘腎無實’을 처음 주장한 것으로 알려진 錢乙도 같은 책에서 ‘腎實하면 瘡疹이 검게 변하여 함몰된다’라고 언급함으로써 腎實證이 있음을 분명히 밝혔다. 그러므로 이를 근거로 ‘腎無瀉法’을 주장하는 것은 문맥 전체를 고려하지 않고 ‘腎無實’이란 부분적 표현에 집착해 錢乙의 본의를 오해한 醫家들의 오류일 뿐 아니라 陰陽 이론에 따라 虛實의 兩面性을 인정하는 한의학의 기본 이론에 어긋나는 오류이다”⁴⁰⁾라고 하였는데, 이는 명백히 옳은 주장이라 판단된다. 그러므로 ‘腎無瀉法’을 치료 經絡 및 經穴 선택에 적용한 이병행의 논리는 옳지 않다고 할 수 있고, 따라서 太極鍼法에서의 少陰人의 瀉法 적용 經絡 및 經穴은 大腸經 原穴인 合谷이 아니라 腎經 原穴인 太谿가 되어야 한다고 생각한다. 즉 太谿 瀉, 太白 補를 치료 원칙으로 정하는 것이 太極鍼法의 기본 의도에 부합한다고 생각한다.

2) 相生相克 이론과 待對 이론의 混用

內經醫學에서의 臟腑간의 상호관계는 相生相克 관계로 설명된다. 肝屬木, 心屬火, 脾屬土, 肺屬金, 腎屬水의 配屬을 기본 전제로 相生 관계는 肝生心, 心生脾, 脾生肺, 肺生腎, 腎生肝이고 相克 관계는 肝克脾, 脾克腎, 腎克心, 心克肺, 肺克肝이다. 반면 四象醫學에서의 臟腑간의 상호관계는 待對관계로 설명된다. 肝屬金, 心屬土, 脾屬火, 肺屬木, 腎屬水의 配屬을 기본 전제로 肺와 肝이 서로 相克하고 脾와 腎이 서로 相克하며 중앙인 心은 다른 臟과 待對관계를 갖지 않는다.

四象醫學에서의 待對관계를 김진수는 “五行의 相生相克을 승화한 것”⁴¹⁾이라고 표현했는데, 김진수의 방식대로 五行의 相生相克과 四象醫學의 待對관계를 연결 지어 분석하면, 五臟 사이의 수많은 相生相克相侮 관계 중에서 肺克肝, 肝侮肺, 脾克腎, 腎侮脾의 네 가지 관계만 선별해 臟腑間 상호관계를 구성한 것이라 할 수 있다. 그러나 이렇게 볼 경우 앞에서 이미 수차례 살펴본 것처럼 內經醫學의 臟腑와 四象醫學의 臟腑를 동일시하는 오류를 범하게 되므로 內經醫學에서의

36) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.351.

37) 전국 한의과대학 사상의학교실 엮음. 改訂增補 四象醫學. 서울. 집문당. 2011. p.671.

“嘗見 少陰人 中氣病 舌卷不語 有醫 針合谷穴而 其效如神”

38) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.350.

39) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.350.

40) 김성경, 홍무창. 腎無瀉法에 對한 小考. 동의생리학회지. 1999. Vol.14(1). pp.54-65.

41) 김진수. 四象人의 針法. 전국의학사. 서울. 2003. p.18.

臟腑간 相生相克 관계와 四象醫學에서의 臟腑간 待對 관계는 완전히 별개의 것으로 보아야 하고, 따라서 이 두 가지 이론이 뒤섞여서는 안 된다. 그런데 이병행은 체질감별을 위한 選穴과 치료를 위한 選經 과정에서 별다른 합리적 설명 없이 이 둘을 임의로 뒤섞어서 적용하였다. 즉 체질감별을 위해 心經의 穴자리를 選穴 할 때는 五行의 相克 관계를 이용해 太陰人의 경우는 木을 克하는 의미로 金穴인 靈道를, 少陽人의 경우는 火를 克하는 의미로 水穴인 少海를, 太陽人의 경우는 金을 克하는 의미로 火穴인 少府를, 少陰人의 경우는 水를 克하는 의미로 土穴인 神門을 선택하였지만 體質別 치료를 위한 經絡을 선택할 때는 四象醫學의 待對 관계를 이용해 太陽人과 太陰人의 경우는 肺經과 肝經을, 少陽人과 少陰人은 脾經과 腎經을 선택하였다. 만약 四象醫學의 觀點을 적용하려 했다면 體質鑑別을 위해 心經의 穴을 선정할 때에도 太陽人과 太陰人의 경우는 金穴과 木穴의 待對關係를, 少陽人과 少陰人은 火穴과 水穴의 待對關係를 이용해야 일관된 논리 전개라 할 수 있다.

그러므로 현재 太極鍼法의 體質鑑別과 치료 경락 선정 과정에는 앞에서 이미 살펴봤던 “脾는 火에, 心은 土에 배속함으로써 四象醫學의 견해를 일부 반영한 것과 달리 肺와 肝은 기존의 방식대로 각각 金과 木에 배속했을 뿐 아니라 心經의 五輸穴의 五行 속성은 기존의 방식대로 그대로 유지하는 모순”에 덧붙여 각 臟腑의 상호 관계 설명에도 內經醫學의 觀點과 四象醫學의 觀點을 混用한 오류가 있다고 할 수 있다.

4. 『靈樞·九鍼十二原篇』에 근거한 太極鍼法 이론 분석

1) 『靈樞·九鍼十二原篇』의 十二原穴의 의미

요즘은 十二經의 原穴인 太淵, 合谷, 衝陽, 太白, 神門, 腕骨, 京骨, 太谿, 大陵, 陽池, 丘墟, 太衝을 十二原穴로 인식한다⁴²⁾. 하지만 『靈樞』에서의 十二原穴은 이와 다르다.

42) 윤현민. 靈樞, 素問, 難經에 나타난 五輸穴의 개념에 대한 고찰. 동국대학교 대학원 석사학위논문. 2007. p.18.

먼저 『靈樞·九鍼十二原篇』에서는 太淵, 太白, 太谿, 大陵⁴³⁾, 太衝을 五臟 原穴로 삼아 좌우 10 개穴을 선택하고, 여기에 任脈의 鳩尾는 膏의 原穴로, 任脈의 膈肭(關元⁴⁴⁾)은 肓의 原穴로 삼아 十二原穴을 선정하였다⁴⁵⁾. 또 『靈樞·本輸篇』에서는 이와 달리 六腑의 原穴인 合谷, 衝陽, 腕骨, 京骨, 陽池, 丘墟의 좌우 12 개穴을 十二原穴로 선정하였다⁴⁶⁾.

이를 도표로 정리하면 다음 표 2와 같다.

〈표 2〉 세 종류의 十二原穴

	十二原穴
현대	太淵, 合谷, 衝陽, 太白, 神門, 腕骨, 京骨, 太谿, 大陵, 陽池, 丘墟, 太衝
『靈樞·九鍼十二原篇』	太淵, 太白, 太谿, 大陵, 太衝(각각 좌우 2穴), 鳩尾, 膈肭(關元)
『靈樞·本輸篇』	合谷, 衝陽, 腕骨, 京骨, 陽池, 丘墟(각각 좌우 2穴)

그런데 이병행이 太極鍼法에서 主治穴로 原穴을 선택한 근거 중 한 가지로 “『靈樞·九鍼十二原篇』에 十二原穴로 五臟을 치료한다고 수록되어 있기 때문”⁴⁷⁾이라고 명확히 밝혔고 또 실제 太極鍼法에서 五臟原穴을 사용했으므로 太極鍼法의 분석을 목표로 하는 본 논문에서는 당연히 『靈樞·九鍼十二原篇』의 十二原穴을 살펴보는 것이 타당하다고 판단하고 이를 기준으로 살펴보고자 한다.

『靈樞·九鍼十二原篇』에서는 “五臟의 곁에는 六府가 있고, 六府의 곁에는 十二原穴이 있다. 十二原穴은 인체 네 군데의 주요한 관문 부위에 있는데⁴⁸⁾, 인체 네 군데의 주요한 관문 부위에 있는 十二原穴은 주로

43) 『靈樞·九鍼十二原篇』에서는 五臟의 原穴 중에서 心의 原穴을 神門이 아니라 心包經의 原穴인 大陵으로 제시하였다.

44) 일반적으로 膈肭는 氣海로 해석하나 본 논문에서는 關元으로 해석한 백근기의 說이 맞다고 판단하여 이를 따랐다. “黃帝內經의 刺針法에 대한 활용방안 연구. 경원대학교 대학원 박사학위논문. 2002. pp.64-68.”

45) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법민문화사. 서울. 2009. p.500.

46) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법민문화사. 서울. 2009. pp.505-508.

47) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.350.

48) 일반적으로 四關은 四肢關節로 해석하고 있으나 본 논문에서는 인체 네 군데의 주요 관문 부위로 봐야 한다는 백근기의 說이 타당하다고 판단하여 이를 따랐다. “黃帝內經의 刺針法에 대한 활용방안 연구. 경원대학교 대학원 박사학위논문. 2002. pp.64-68.”

五藏을 치료한다. 그러므로 五藏에 질병이 있으면 당연히 十二原穴을 取穴해야 한다. 十二原穴은 五藏이 三百六十五穴로 氣味를 나누주는 관문이기 때문이다 ~ 十二原穴은 五藏六府의 질병을 치료하는 主治穴이다”⁴⁹⁾라고 하였다. 이 구절의 앞부분에 있는 “五藏에는 각각 다섯 개의 腧穴이 있으므로 5×5해서 모두 二十五개의 腧穴이 있고, 六府에는 모두 여섯 개의 腧穴이 있으므로 6×6해서 모두 三十六개의 腧穴이 있다”⁵⁰⁾라는 구절을 볼 때, 『靈樞·九鍼十二原篇』의 著者は 주요한 61 개의 五輸穴 중에서도 특히 十二原穴을 중시했음을 분명히 알 수 있다⁵¹⁾. 백근기는 이를 “『靈樞·九鍼十二原篇』에서 제시한 十二原穴은 五藏과 생명활동에 중요한 곳으로 선정한 12 穴이다”⁵²⁾라고 한 마디로 표현하였는데, 결론적으로 『靈樞·九鍼十二原篇』의 著者は 十二原穴을 五藏의 조절을 통해 五藏은 물론이고 六府와 三百六十五穴을 모두 조절하는 要穴로 보았음을 알 수 있다.

2) 『靈樞·九鍼十二原篇』의 十二原穴과 太極鍼法

체질 감별에 사용되는 心經의 穴들을 제외하면, 현재 太極鍼法의 치료 과정에서 사용되는 穴은 太淵, 太白, 太谿, 太衝, 合谷이다. 이 중 太淵, 太白, 太谿, 太衝은 『靈樞·九鍼十二原篇』에 수록된 十二原穴에 포함되고 合谷은 포함되지 않는다. 그런데 太極鍼法에서 主治穴로 原穴을 선택한 근거 중 한 가지로 이병행 자신이 “『靈樞·九鍼十二原篇』에 十二原穴로 五藏을 치료한다고 수록되어 있기 때문”⁵³⁾이라고 명확히 언급했음을 볼 때, 『靈樞·九鍼十二原篇』에 기재된 原穴에 포함되지 않는 合谷은 당연히 빠져야 한다. 그러나 앞

에서 살펴봤던 것처럼 ‘腎無瀉法’이라는 잘못된 이론의 도입으로 合谷은 잘못 選穴되었다. 따라서 이를 교정하면 실제 사용되어야 하는 原穴은 太淵, 太白, 太谿, 太衝으로 정리할 수 있다.

그러나 筆者의 논리적 추론과는 달리 현재 太極鍼法의 이론 및 임상 현장에서는 엄연히 合谷이 포함되어 사용되고 있으므로 여기서는 “太極鍼法에서 太淵, 太白, 太谿, 太衝을 사용할 경우”와 “太極鍼法에서 太淵, 太白, 太谿, 太衝, 合谷을 사용할 경우”로 나누어 논의를 진행하고자 한다.

(1) 太淵, 太白, 太谿, 太衝을 사용할 경우

太極鍼法 治療穴 선정에 영향을 미친 ‘腎無瀉法’의 오류가 수정돼 현재 太極鍼法에서 사용되는 原穴 중 合谷이 빠지고 太淵, 太白, 太谿, 太衝의 原穴만 사용하게 된다면, 太極鍼法은 『靈樞·九鍼十二原篇』의 十二原穴 중 大陵(좌우 2 개), 鳩尾(1 개), 腓腧(1 개)을 제외한 8 개의 原穴을 사용한 針法이 된다.

조금 더 자세히 살펴보면, 肺와 肝의 待對관계에서는 太衝補 太淵瀉 조합을 이용해 肺實肝虛를 치료하고, 太淵補 太衝瀉 조합을 이용해 肝實肺虛를 치료하고, 脾와 腎의 待對관계에서는 太谿補 太白瀉 조합을 이용해 脾實腎虛를 치료하고 太白補 太谿瀉 조합을 이용해 腎實脾虛를 치료하는 針法이라고 할 수 있다. 이를 도표로 정리하면 다음 표 3 과 같다.

〈표 3〉 太極鍼法에서의 體質類型 및 治療穴 조합(合谷 배제)

待對臟腑	體質類型	治療穴 조합
脾와 腎	脾實腎虛	太谿補 太白瀉
	腎實脾虛	太白補 太谿瀉
肺와 肝	肺實肝虛	太衝補 太淵瀉
	肝實肺虛	太淵補 太衝瀉

그런데 특정 原穴이 아니라 十二原穴 전체를 五藏六腑를 포함한 전신 치료의 主治穴로 바라본 『靈樞·九鍼十二原篇』의 관점에서 보면, 十二原穴을 이용한 針治療法을 구성함에 있어 굳이 肺와 肝, 脾와 腎의 待對관계에만 국한할 필요가 없다. 太極鍼法은 애초 四象醫學에 맞춰 四象人을 치료대상으로 삼으려는 의도 하에 이론 체계가 구성되었기 때문에 五藏 중 일부 臟의

49) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법인문화사. 서울. 2009. p.500.

“五藏有六府, 六府有十二原, 十二原出於四關, 四關主治五藏. 五藏有疾, 當取之十二原. 十二原者, 五藏之所以稟三百六十五節氣味也 ~ 凡此十二原者, 主治五藏六府之有疾者也”

50) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법인문화사. 서울. 2009. p.498.

“五藏五腧, 五五二十五腧, 六府六腧, 六六三十六腧”

51) 물론 十二原穴 중에서도 鳩尾와 腓腧는 61 개의 五輸穴에는 포함되지 않지만, 나머지 10 개의 穴은 포함되므로 편의상 이렇게 표현해도 무리가 없다고 생각한다.

52) 백근기. 黃帝內經의 刺針法에 대한 활용방안 연구. 경원대학교 대학원 박사학위논문. 2002. p.69.

53) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. p.350.

待對관계만을 이론에 포함시켰다. 하지만 體質針法의 관점에서 벗어나 『靈樞·九鍼十二原篇』의 관점에서 보면, 즉 太極鍼法에서 말하는 肺實肝虛, 肝實肺虛, 脾實腎虛, 腎實脾虛를 넷으로 구분된 體質類型으로 보지 않고 일종의 辨證類型으로 본다면 肝과 脾, 心과 肺, 腎과 心의 待對관계도 고려할 수 있다. 이럴 경우 辨證類型은 기존의 네 가지에 肝實脾虛, 脾實肝虛, 心實肺虛, 肺實心虛, 腎實心虛, 心實腎虛가 추가되어 모두 10 개가 되며⁵⁴⁾, 治療穴 조합도 각각 太衝瀉 太白補, 太白瀉 太衝補, 太澗瀉 太澗補, 太澗瀉 太澗補, 太澗瀉 太澗補, 太澗瀉 太澗補가 추가되어 모두 10 개 조합이 된다. 이를 도표로 정리하면 다음 표 4 와 같다.

〈표 4〉 太極鍼法에서의 體質類型 및 治療穴 조합(승습 배제)

待對臟腑	辨證類型	治療穴 조합
肝과 脾	肝實脾虛	太白補 太衝瀉
	脾實肝虛	太衝補 太白瀉
心과 肺	心實肺虛	太澗補 太澗瀉
	肺實心虛	太澗補 太澗瀉
脾와 腎	脾實腎虛	太澗補 太白瀉
	腎實脾虛	太白補 太澗瀉
肺와 肝	肺實肝虛	太衝補 太澗瀉
	肝實肺虛	太澗補 太衝瀉
腎과 心	腎實心虛	太澗瀉 太澗補
	心實腎虛	太澗瀉 太澗補

표 안의 굵은 이탤릭체는 기존의 太極鍼法에서 나온 體質類型과 그 治療穴 조합이고 나머지는 새로이 추가된 내용이다. 위 표에서 유추할 수 있는 사실은 만약

54) 『靈樞·九鍼十二原篇』에 소개된 十二原穴 중 鳩尾와 腓腓은 任脈의 穴이다. 『靈樞·九鍼十二原篇』 著者の 의도대로라면 이 두 穴도 五臟을 조절하는 주요 穴이므로 관련 辨證을 추가해야 한다고 생각한다. 하지만 任脈과 五臟과의 待對關係를 설정한 前例가 없고 또 筆者도 적당한 關係를 찾지 못해 여기서는 부득이 생략하였다.

55) 心經 原穴인 神門이 아니라 心包經 原穴인 太澗을 선택한 이유는 『靈樞·九鍼十二原篇』에 心經의 原穴로 太澗이 제시되어 있을 뿐 아니라 『內經』 전체에 心經의 五輸穴이 따로 제시되어 있지 않기 때문이다. 즉 『內經』의 관점에서는 心包經의 原穴이 곧 心을 조절하는 輸穴이기 때문이다. 하지만 『內經』 여러 곳에 手少陰을 刺하라는 언급이 있고 또 현재는 心經의 原穴인 神門을 적지 않게 활용하므로 神門을 이용한 治療穴 조합을 하나 더 만드는 것도 가능하다고 생각한다. 이 경우에는 心과 心包의 기능적 구분을 명확히 해야 할 것이다.

太極鍼法에서의 體質類型을 體質類型으로 보지 않고 證治醫學의 辨證類型이라고 본다면, 太極鍼法은 臟과 臟끼리의 待對關係와 五臟原穴을 이용한 열 가지 辨證類型 및 治療穴 조합 중 일부만을 활용하는 針法이라고 새로이 규정할 수 있다는 점이다. 즉 太極鍼法은 이론적으로 볼 때 그 영역의 확장이 가능하고 또 필요한 針法이라는 의미가 된다. 그런데 이런 방식으로 이론과 임상 영역의 확장을 시도한 기존의 예들을 볼 때, 太極鍼法의 확장 시도가 임상에서 유용할 가능성은 적지 않다. 예를 들어, 현재 임상에서 널리 활용되는 體質針法 중 하나인 8 體質針法은 舍岩鍼法의 五輸穴의 配穴 원리를 넓혀 體質處方의 종류를 확장하였고⁵⁶⁾, 염태환은 8 體質針法을 24 體質針法으로 확장하였는데⁵⁷⁾, 두 경우 모두 임상에서 나름대로의 효용성이 있음을 주장하고 있다. 이런 사례들을 볼 때, 4 개의 治療穴 조합만을 가진 太極鍼法을 『靈樞·九鍼十二原篇』에 근거해 10 개의 治療穴 조합을 가진 針法으로 확장하는 것은 충분히 가능해 보인다. 그리고 이 針法은 五臟間의 待對關係에 근거하면서 五臟原穴을 治療穴로 사용함에 초점을 맞춰 ‘五臟原穴針法’이라고 命名하는 것이 적합할 것이라 생각한다.

그런데 이론적으로는 상기한 표 4에 정리한 것보다 太極鍼法을 더 넓게 확장할 수 있는 방법도 있다. 待對關係를 五行의 상호관계로 풀이하면 五臟間 相克과 相侮 關係만을 이용하는 것인데, 굳이 이 關係만을 이용할 필요는 없기 때문이다. 예를 들어, 相生關係인 肝과 心의 關係에서도 肝虛心實과 肝實心虛의 辨證類型이 나올 수 있고 따라서 그 治療穴로 각각 太衝補 太澗瀉와 太澗補 太衝瀉의 조합을 만들 수 있다. 이렇게 五行 사이의 모든 關係를 이용하면 상기한 표 4보다 10 개의 조합을 추가로 더 만들 수 있다. 또 五臟原穴은 아니지만 『靈樞·九鍼十二原篇』에 수록돼 있는 任脈 原穴인 鳩尾와 腓腓을 포함시키면 또 다른 治療穴 조합들을 만들 수도 있다. 하지만 이런 조합들은 우선 표 4에 나타나 있는 10 개의 辨證類型的 검증을 거친 후에 추가로 연구해야 할 부분이라 생각하여 본 논문에서는 자세히 언급하지 않고 넘어가고자 한다.

56) 박철한. 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 2010. pp.8-9.

57) 박철한. 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 2010. pp.13-14.

(2) 太淵, 太白, 太谿, 太衝, 合谷을 사용할 경우

合谷은 『靈樞·九鍼十二原篇』에 기재된 原穴이 아니고 ‘腎無瀉法’의 誤入에 의해 잘못 선택된 穴이다. 그러므로 太極鍼法의 애초 이론에 근거하자면 마땅히 빠져야할 穴이지만, 김재규 등에 의하면 合谷이 포함된 太極鍼法이 임상에서 효과를 거두고 있음도 사실이다⁵⁸⁾. 따라서 合谷이 포함된 太極鍼法도 검토해볼 필요가 있다.

合谷을 포함하면 太極鍼法에서는 肺와 肝의 待對관계에서는 太衝補 太淵瀉 조합을 이용해 肺實肝虛를 치료하고, 太淵補 太衝瀉 조합을 이용해 肝實肺虛를 치료하고, 脾와 腎의 待對관계에서는 太谿補 太白瀉 조합을 이용해 脾實腎虛를 치료하고 太白補 合谷瀉 조합을 이용해 腎實脾虛를 치료한다. 이를 도표로 정리하면 다음 표 5와 같다.

〈표 5〉 太極鍼法에서의 體質類型 및 治療穴 조합(合谷 배제)

待對臟腑	體質類型	治療穴 조합
脾와 腎	脾實腎虛	太谿補 太白瀉
	腎實脾虛	太白補 合谷瀉
肺와 肝	肺實肝虛	太衝補 太淵瀉
	肝實肺虛	太淵補 太衝瀉

표 5를 보면 표 3과 다른 내용은 모두 같지만 腎實脾虛 類型에서의 治療穴 조합이 다름을 알 수 있다. 이를 분석해보면 나머지 세 體質類型에서는 實한 臟의 原穴을 瀉하고 虛한 臟의 原穴을 補하는 원칙을 따르는 반면 腎實脾虛 類型에서는 虛한 臟의 原穴을 補하는 것은 다른 경우와 똑같지만 失한 臟과 黨與를 이루는 腑의 原穴을 瀉하는데서 차이가 있음을 알 수 있다. 그런데 太極鍼法의 體質 관점에서 벗어나면 굳이 腎實일 때만 腑의 原穴을 선택할 이유가 없다. 즉 體質類型을 辨證類型으로 보고 표 5에서처럼 10 種 辨證類型으로 확장한 후 腑의 原穴을 선택하는 治療穴 조합을 만들 수도 있다. 이 경우에는 각 辨證類型마다 ① 臟 原穴(補)과 臟 原穴(瀉)의 조합, ② 腑 原穴(補)과 腑 原穴(瀉)의 조합, ③ 臟 原穴(補)과 腑 原穴(瀉)의 조합, ④

腑 原穴(補)과 臟 原穴(瀉)의 조합의 네 가지 治療穴 조합이 생기므로 이론적으로는 모두 40 가지의 治療穴 조합이 도출된다.

하지만 이 때 두 가지 문제점이 발생한다. 여기서 선택되는 腑는 內經醫學에서의 表裏관계의 腑가 아니라 四象醫學에서의 黨與에 해당하는 腑다. 즉 肝-膽, 心-小腸, 脾-胃, 肺-大腸, 腎-膀胱의 관계가 아니라 肺-胃脘, 脾-胃, 肝-小腸, 腎-膀胱의 관계를 활용해야 한다. 그런데 肺와 짝이 되는 胃脘에 해당하는 經絡이 없고, 또 心의 경우에는 짝이 되는 腑 자체가 없다. 이처럼 腑의 原穴을 포함하는 治療穴 조합을 만들기 위한 기초 이론이 없는 상태이고, 또 그 기초 이론을 탐색하는 것은 쉽지 않으므로 여기서 특정 臟과 黨與가 되는 腑의 原穴을 포함시킨 治療穴 조합에 대해 논의하는 것은 무리다.

다만 비록 太極鍼法에 내재된 이론과는 다르지만, 만약 모든 臟과 腑의 관계가 명확히 정해져 있는 內經醫學의 臟腑 表裏 관계를 이용해 臟과 腑의 原穴을 모두 이용한 治療穴 조합을 얻을 수는 있다. 이를 참고로 제시하면 다음과 같다.

〈표 6〉 十種辨證類型과 臟과 腑의 原穴을 모두 활용한 治療穴 조합 (內經醫學의 臟腑表裏 관계 활용)

待對臟腑	辨證類型	治療穴 조합
肝과 脾	肝實脾虛	① 太白補 太衝瀉
		② 衝陽補 丘墟瀉
		③ 太白補 丘墟瀉
		④ 衝陽補 太衝瀉
	脾實肝虛	① 太衝補 太白瀉
		② 丘墟補 衝陽瀉
		③ 太衝補 衝陽瀉
		④ 丘墟補 太白瀉
心과 肺	心實肺虛	① 太淵補 大陵瀉
		② 合谷補 腕骨 ⁵⁹⁾ 瀉
		③ 太淵補 腕骨瀉
		④ 合谷補 大陵瀉
	肺實心虛	① 大陵補 太淵瀉
		② 腕骨補 合谷瀉
		③ 大陵補 合谷瀉
		④ 腕骨補 太淵瀉

58) 김재규, 채한, 김건형, 노승희. 亞健康 치료(治未病)에 미치는 태극침법의 효능에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 4호. pp.115-116.

待對臟腑	辨證類型	治療穴 조합
脾와 腎	脾實腎虛	① 太谿補 太白瀉
		② 京骨補 衝陽瀉
		③ 太谿補 衝陽瀉
		④ 京骨補 太白瀉
	腎實脾虛	① 太白補 太谿瀉
		② 衝陽補 京骨瀉
		③ 太白補 京骨瀉 (太極鍼法: 太白補 合谷瀉)
		④ 衝陽補 太白瀉
肺와 肝	肺實肝虛	① 太衝補 太淵瀉
		② 丘墟補 合谷瀉
		③ 太衝補 合谷瀉
		④ 丘墟補 太淵瀉
	肝實肺虛	① 太淵補 太衝瀉
		② 合谷補 丘墟瀉
		③ 太淵補 丘墟瀉
		④ 合谷補 太衝瀉
腎과 心	腎實心虛	① 大陵補 太谿瀉
		② 腕骨補 京骨瀉
		③ 大陵補 京骨瀉
		④ 腕骨補 太谿瀉
	心實腎虛	① 太谿補 大陵瀉
		② 京骨補 腕骨瀉
		③ 太谿補 腕骨瀉
		④ 京骨補 大陵瀉

표 안의 굵은 이탤릭체는 기존의 太極鍼法에서 사용하는 治療穴 조합이고 나머지는 새로이 추가된 내용이다. 위 표에서 유추할 수 있는 사실은 만약 太極鍼法에서의 體質을 體質로 보지 않고 辨證類型이라고 본다면, 그리고 內經醫學에서의 表裏臟腑를 활용한다면, 合谷을 포함한 太極鍼法은 40 가지 治療穴 조합으로 확장할 수 있다는 점이다. 그런데 治療穴 조합에서 腑의 原穴을 포함하는 경우, 예를 들어 太白補 合谷瀉하는 경우 辨證類型을 ‘腎實脾虛’가 아니라 ‘大腸實脾虛’라는 식으로 腑의 이름을 넣어 辨證유형을 만들 수도 있다. 이렇게 되면 표 6은 다음 표 7처럼 수정할 수 있다.

59) 心經 原穴 대신 心包經 原穴을 쓰고 있지만, 사실은 心經 原穴을 쓰거나 혹은 두 原穴을 선택적으로 구분하여 쓰는 것이 타당하다고 생각한다. 따라서 腑의 原穴도 心經의 表裏經인 小腸經의 原穴을 쓰거나 혹은 小腸經 原穴과 心包經의 表裏經인 三焦經의 原穴을 선택적으로 구분하여 쓰는 것이 타당하다고 생각한다. 이에 대한 논의가 더 필요하다고 생각하지만, 여기서의 心包經은 心經을 직접 치료하기 조심스러우므로 대신한다는 의미가 강하므로 腑는 心과 表裏 관계에 있는 小腸을 선택하였다.

〈표 7〉 十種辨證類型과 臟과 腑의 명칭 및 原穴을 모두 활용한 治療穴 조합(內經醫學의 臟腑表裏 관계 활용)

待對臟腑	辨證類型	治療穴 조합
肝과 脾	肝實脾虛	肝實脾虛 ① 太白補 太衝瀉
		膽實胃虛 ② 衝陽補 丘墟瀉
		膽實脾虛 ③ 太白補 丘墟瀉
		肝實胃虛 ④ 衝陽補 太衝瀉
	脾實肝虛	脾實肝虛 ① 太衝補 太白瀉
		胃實膽虛 ② 丘墟補 衝陽瀉
		胃實肝虛 ③ 太衝補 衝陽瀉
		脾實膽虛 ④ 丘墟補 太白瀉
心과 肺	心實肺虛	心實肺虛 ① 太淵補 大陵 ⁶⁰⁾ 瀉
		小腸實 大腸虛 ② 合谷補 腕骨 ⁶¹⁾ 瀉
		小腸實肺虛 ③ 太淵補 腕骨瀉
		心實大腸虛 ④ 合谷補 大陵瀉
	肺實心虛	肺實心虛 ① 大陵補 太淵瀉
		大腸實 小腸虛 ② 腕骨補 合谷瀉
		大腸實心虛 ③ 大陵補 合谷瀉
		肺實小腸虛 ④ 腕骨補 太淵瀉
脾와 腎	脾實腎虛	脾實腎虛 ① 太谿補 太白瀉
		胃實膀胱虛 ② 京骨補 衝陽瀉
		胃實腎虛 ③ 太谿補 衝陽瀉
		脾實膀胱虛 ④ 京骨補 太白瀉
	腎實脾虛	腎實脾虛 ① 太白補 太谿瀉
		膀胱實胃虛 ② 衝陽補 京骨瀉
		膀胱實脾虛 ③ 太白補 京骨瀉 (太極鍼法: 太白補 合谷瀉)
		腎實胃虛 ④ 衝陽補 太谿瀉
肺와 肝	肺實肝虛	肺實肝虛 ① 太衝補 太淵瀉
		大腸實膽虛 ② 丘墟補 合谷瀉
		大腸實肝虛 ③ 太衝補 合谷瀉
		肺實膽虛 ④ 丘墟補 太淵瀉
	肝實肺虛	肝實肺虛 ① 太淵補 太衝瀉
		膽實大腸虛 ② 合谷補 丘墟瀉
		膽實肺虛 ③ 太淵補 丘墟瀉
		肝實大腸虛 ④ 合谷補 太衝瀉
腎과 心	腎實心虛	腎實心虛 ① 大陵補 太谿瀉
		膀胱實 小腸虛 ② 腕骨補 京骨瀉
		膀胱實心虛 ③ 大陵補 京骨瀉
		腎實小腸虛 ④ 腕骨補 太谿瀉
	心實腎虛	心實腎虛 ① 太谿補 大陵瀉
		小腸實 膀胱虛 ② 京骨補 腕骨瀉
		小腸實腎虛 ③ 太谿補 腕骨瀉
		心實膀胱虛 ④ 京骨補 大陵瀉

60) 주석 52와 마찬가지로 이유로 心經 原穴인 神門이 아니라 心包經 原穴인 大陵을 선택하였다.

61) 주석 56 번과 마찬가지로의 이유로 三焦經 原穴인 陽池가 아니라 小腸經 原穴인 腕骨을 선택하였다.

五臟原穴을 治療穴로 사용함에 초점을 맞춰 표 4의 針法을 ‘五臟原穴針法’이라고 命名했듯이 표 7에 記述된 針法은 臟과 腑의 原穴을 모두 사용함에 초점을 맞춰 ‘臟腑原穴針法’이라고 命名할 수 있을 것이다⁶²⁾. 다만 이 針法은 『靈樞·九鍼十二原篇』과 『靈樞·本輸篇』에 근거하고 또 內經醫學의 臟腑表裏 관계를 활용한 針法이라고는 할 수 있겠지만, 四象醫學의 黨與 관계를 이용해 腎 대신 大腸 原穴을 선택했던 太極鍼法과는 다소 거리가 있는 針法이라고 할 수 있다.

지금까지 살펴본 표 4의 ‘五臟原穴針法’과 표 7의 ‘臟腑原穴針法’은 현재 임상에서 활용되며 효과가 있다고 알려져 있는 太極鍼法을 기본 모형으로 삼아 이론적으로 그 범위를 확장한 것이다. 五輸穴의 五行 속성과 相生相克이론을 바탕으로 형성된 舍岩鍼法을 기본 모형 삼아 이론 및 임상 적용의 확장을 시도해 나름대로 효과를 인정받은 8 體質針法이나 24 體質針法이 創案者의 임상 경험에서 출발했음과⁶³⁾ 비교할 때 ‘五臟原穴針法’과 ‘臟腑原穴針法’은 임상 경험이 전혀 없이 순수하게 이론적으로만 구성되었다는 약점이 있다. 따라서 8 體質針法이나 24 體質針法처럼 임상에서의 검증이 당연히 필요하다. 특히 현재 임상에서 쓰이고 있는 太極鍼法의 많은 부분을 포함하고 있는 ‘五臟原穴針法’의 검증이 우선적으로 이루어져야 할 것이며, 그 과정에서 결코 이론에 구애될 필요는 없을 것이다. 즉 舍岩鍼法의 창시자로 알려진 舍岩道人조차도 자신의 著書에서 도식적인 鍼灸 處方보다는 다양한 방법으로 변형된 針處方을 함으로써 임상을 통해 이론과 현상의 간극을 좁히려고 시도했던 것처럼⁶⁴⁾ 이 針法들도 동일한 방식으로 검증 및 보완되어가야 할 것이다.

3) 四象醫學과는 다른 새로운 體質針法으로서의 太極鍼法

앞에서 이미 太極鍼法에서 분류한 太少陰陽人은 이

제마의 四象醫學에서 말하는 四象人과는 다름을 밝혔다. 또 太極鍼法을 體質針法이 아니라 辨證針法으로 보고 그 범위를 확장한 예를 들기도 했다.

하지만 그렇다고 해서 太極鍼法이 體質針法이 아니라고 단정할 수는 없다. 四象醫學의 四象人別 針治療法을 개발하고자 했던 애초의 목적을 달성하지 못한 것은 분명하지만, 그 과정에서 의도치 않게 太極鍼法이 四象醫學과는 다른 새로운 체질분류를 하고 이에 맞는 針法으로 발전해왔을 가능성도 있기 때문이다. 그 대표적 先例가 바로 권도원의 8 體質針法이다.

8 體質針法은 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합을 시도한 최초의 針法으로써 1962년에 四象體質을 들로 나누는데서 출발하였으나 1973년부터는 이론을 수정해 8 體質이 四象體質에서 분화한 것이 아닌 별개의 體質論임을 주장하고 있다⁶⁵⁾. 처음 의도는 四象醫學에 적합한 針法을 정립하는 것이었으나 결론적으로는 새로운 體質이론을 세우고 이에 맞는 針法을 정립한 것이다. 따라서 太極鍼法도 새로운 體質분류 및 針治療 체계일 가능성이 있다.

또 8 體質針法 이론을 세울 때 권도원은 體質의 정의를 五臟 혹은 五腑의 大小 관계로 정의함으로써⁶⁶⁾ 體質에 대한 새로운 기준을 세웠다. 즉 권도원을 시작으로 이제마의 肺脾肝腎의 大小 관계와는 다른 기준으로 體質분류가 시도되었고, 이에 영향 받아 자신들의 독특한 體質분류 및 針法 이론 수립을 시도한 학자들이 적지 않았다⁶⁷⁾. 이런 관점에서 본다면 太極鍼法의 體質분류도 四象體質과는 분명 다르지만 나름대로의 體質분류라고 보기에 충분하다⁶⁸⁾.

65) 박철한. 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. pp.4-6.

66) 박철한. 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. p.5.

67) 박철한. 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. p.5.

68) 물론 體質의 정의가 무엇이냐에 대한 논란이 충분히 있을 수 있다. 그 동안 筆者가 만났던 四象醫學 학자들의 경향으로 짐작해 볼 때, 아마도 “體質은 體質別 고유의, 不變의 生理 및 病理 현상을 전제로 한다. 그런데 四象醫學 이외의 體質 분류는 內的 및 外的 조건 변화에 따라 어떤 사람에게서라도 발생할 수 있는 辨證 분류에 불과하다. 따라서 體質 분류라고 할 수 없다.”라고 반박할 가능성이 높다. 筆者도 이 의견에 어느 정도는 동의한다. 하지만 비록 고유의, 不變의 生理 및 病理 현상은 아닐지라도 “일반적 생활환경 속에서 살아가는 보통의 개인에게서 평생 동안 지속적으로 드러

62) 五行間의 相克相侮 외의 관계까지 활용하면 治療穴 조합을 40 개 더 확장해 얻을 수도 있다. 하지만 표 4의 假稱 ‘五臟原穴針法’도 검증이 이루어지지 않은 상태에서 여기까지 진행하는 것은 지나치게 이론적으로만 흐르는 것이라 판단되어 언급하지 않는다.

63) 박철한. 舍岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 2010. pp.8-14.

64) 오준호. 五臟辨證을 활용한 朝鮮 針法 研究. 경희대학교 대학원 박사학위논문. 2010. pp.87-88.

8 體質針法을 비교대상으로 보면, 1978 년 이후 30 년 넘게 太極鍼法을 임상에 적용해온 경험을 바탕으로 최근 “太極鍼法の 임상 적용증에 대한 小考”⁶⁹⁾와 “亞健康 治療(治未病)에 미치는 태극침법의 효능에 대한 임상적 관찰”⁷⁰⁾이라는 논문을 발표한 김재규의 太極鍼法은 특히 더 體質針法으로 보기에 충분하다. 김재규의 太極鍼法은 이병행의 太極鍼法 이론을 따르되 刺針後 心窩部 壓痛과 肝濁音⁷¹⁾ 輕減이 가장 크게 나타나는 경우를 그 사람의 體質로 확정하는 것이 특징인데⁷²⁾, 이는 8 體質針法에서 ‘脈診’이라는 특징적 진단 기준으로 體質을 확정하는 것과 매우 유사하다. 따라서 太極鍼法, 특히 김재규의 太極針法은 독창적으로 體質을 분류하고 또 이에 따른 針治療를 施術하는 體質針法이라고 볼 개연성이 충분하다.

다만 太極鍼法の 體質類型이 인정된다 하더라도 四象醫學과 관계가 없음은 분명하므로 혼동을 피하기 위해 현재 太極鍼法에서 사용하고 있는 太少陰陽人의 명칭을 太極太陽人, 太極太陰人, 太極少陽人, 太極少陰人이라는 식으로 변경하여 표현하는 것이 옳으리라 생각한다.

또 畝岩鍼法이나 다른 體質針法 등 임상에서 사용되는 여러 針法들에 비해 太極鍼法에서 施術하는 治療穴 조합은 현저히 단순하다. 太極鍼法 創案者인 이병행이 太極鍼法 적용증을 “內外科를 막론하고 전부 施鍼함을 원칙으로 한다”라고 원론적 주장을 하면서도 실제 예로는 少陽人證 9 항목만 제시한⁷⁴⁾ 이유나 김재규가 30 년 이상 太極鍼法을 임상에 응용하면서도 그 적용증을 心因性 질환, 血液循環 장애, 難治性 질환 일부로 제시한⁷⁵⁾ 이유도 治療穴 조합의 단순함 때문에 필연

적으로 그 임상 적용 범위가 한정적일 수밖에 없었기 때문이라고 추정된다. 따라서 앞서 살펴봤던 표 4의 假稱 ‘五臟原穴針法’ 등을 참고해 體質類型을 늘리거나 아니면 體質類型은 그대로 두되 體質別 病證類型을 늘린 후 이에 맞게 治療穴 조합을 추가 확보함으로써 임상 응용의 범위를 확대할 필요가 있다고 생각한다.

Ⅲ. 結 論

太極鍼法을 보다 체계적 이론으로 뒷받침하고, 나아가 임상적 유효성 및 적용 범위를 확대하기 위해서는 이론체계를 재정비할 필요가 있다. 그 작업의 일환으로 『靈樞·九鍼十二原篇』을 중심으로 太極鍼法の 이론 분석에 관한 연구를 수행한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 內經醫學의 五行的 觀點을 따르는 이병행의 臟腑와 四元構造論에 근거한 이제마의 臟腑는 비록 그 명칭은 肺脾肝腎으로 같다고 할지라도 그 기능적 의미와 관련 부위는 분명히 다르다. 그러므로 이병행의 太極鍼法の 四象人 분류는 四象醫學의 四象人 분류와는 전혀 별개의 것이며, 따라서 太極鍼法은 四象醫學과 관계없는 針法이다.
2. 太極鍼法에는 “腎無瀉法 이론의 적용”과 “相生相克 이론과 待對 이론의 混用”이라는 이론적 誤謬도 있다.
3. 『靈樞·九鍼十二原篇』을 근거로 4 개의 治療穴 조합만을 가진 太極鍼法을 10 개의 治療穴 조합을 가진 假稱 ‘五臟原穴針法’으로 확장할 수 있다.
4. 太極鍼法은 體質針法으로 보기보다는 辨證針法으로 보는 것이 타당해 보인다. 그러나 이제마의 四象體質 분류와 다른 기준을 가진 8 體質針法의 사례를 볼 때, 太極鍼法도 충분히 體質針法이라 할 수도 있다. 특히 針施術 후 心窩部 壓痛과 肝濁音의 감소로 體質을 확정짓는 김재규의 太極鍼法은 脈診을 통해 體質을 확정짓는 8 體質針法과

나는 生理 및 病理 현상”이라면 이를 기준으로 “개인의 體質”이라고 광범위하게 언급해도 큰 무리는 없다고 생각한다.

69) 김재규. 太極鍼法の 임상 적용증에 대한 小考. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 2호.
 70) 김재규, 채한, 김건형, 노승희. 亞健康 治療(治未病)에 미치는 태극침법의 효능에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 4호.
 71) 김재규는 兩脇部位를 打診할 때 들려오는 非正常的으로 濁한 소리를 ‘肝濁音’이라고 命名하고 있다.
 72) 김재규. 太極鍼法の 임상 적용증에 대한 小考. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 2호. p.70.
 73) 김재규, 채한, 김건형, 노승희. 亞健康 治療(治未病)에 미치는 태극침법의 효능에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 4호. p.112.
 74) 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. pp.352-353.

75) 김재규. 太極鍼法の 임상 적용증에 대한 小考. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 2호. p.71.

- 마찬가지로 體質鑑別을 위한 특정 診斷 기준을 가졌다는 점에서 體質針法으로 보기에 충분하다. 다만 이 경우에는 四象醫學과의 혼동을 피하기 위해 현재 太極鍼法에서 사용하고 있는 太少陰陽人의 명칭을 太極太陽人, 太極太陰人, 太極少陽人, 太極少陰人라는 식으로 변경할 필요가 있다.
5. 임상에서 활용되는 여러 針法들에 비해 현저히 단순한 太極鍼法의 治療穴 조합을 확장하여 임상 응용 범위를 넓힐 필요가 있다.
 6. 體質類型 혹은 辨證類型 확대를 통한 太極針法의 治療穴 조합 확대가 효과적으로 이루어지려면 각 體質類型別 혹은 辨證類型別 病理 및 病證이 체계적으로 분류되어야 한다. 따라서 이에 대한 후속 연구가 필요하다.

參考文獻

<논문>

1. 강병철. 四象醫學의 針法을 위한 방법론 연구. 동국대학교 대학원 석사학위논문. 2007. pp.13-14.
2. 김명균, 박성식. 기존 四象醫學 針法과 經絡의 해석에 대한 문제 고찰. 사상체질의학회지. 2008. Vol.20.(1). p.16.
3. 김성경, 홍무창. 腎無瀉法에 대한 小考. 동의생리학회지. 1999. Vol.14(1). pp.54-65.
4. 김재규. 太極鍼法의 임상 적응증에 대한 小考. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 2호. p.70, 71.
5. 김재규, 채한, 김건형, 노승희. 亞健康 治療(治未病)에 미치는 태극침법의 효능에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2011. 제 28권 제 4호. p.112. pp. 115-116.
6. 박철한. 崙岩鍼法과 四象醫學의 결합에 대한 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 2010. pp.4-6, 8-14.
7. 백근기. 黃帝內經의 刺針法에 대한 활용방안 연구. 경원대학교 대학원 박사학위논문. 2002. p.69.
8. 인창식, 채운병, 고형균, 이해정, 전세일, 박히준. 한국 침구의학의 체질관점과 실용적 통합치료의학으로서의 특징. 대한경락경혈학회지. 2006. Vol.23(2). p.21.
9. 오준호. 五臟辨證을 활용한 朝鮮 針法 研究. 경희대학교 대학원 박사학위논문. 2010. pp.87-88.

10. 윤현민. 靈樞, 素問, 難經에 나타난 五輸穴의 개념에 대한 고찰. 동국대학교 대학원 석사학위논문. 2007. p.18.
11. 최병일, 고병희, 송일병. 體質에 應用되고 있는 針治療法에 대한 考察. 사상의학회지. 1989. Vol.1.(1). p.186.

<단행본>

1. 이병행. 鍼道源流重磨. 행림서원. 서울. 1974. pp.342-353.
2. 이제마 저, 김달래 編譯. 東醫壽世保元草藁. 도서출판 정담. 서울. 2001. p.28.
3. 전국 한의과대학 사상의학교실 엮음. 改訂增補 四象醫學. 서울. 집문당. 2011. p.41, 337, 645, 646, 671, 728.
4. 전국한국의과대학 생리학 교수 編著. 東醫生理學. 집문당. 서울. 2008. p.206, 243, 269, 284.
5. 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 법인문화사. 서울. 2009. p.5, 498, 500. pp.505-508.