

## 변경대역과 내상병 발열의 관련성에 대한 연구\*

세명대학교 한의과대학 원전외사학교실 교수  
조학준\*\*

### A Study on the Association of Internal Fever with the Beijing Epidemic of 1232\*

Jo Hak-jun\*\*

Professor at Dept. of Korean Medical Classics & Medical History,  
College of Korean Medicine, Semyung University

**Objectives** : This study investigates the association between disease behind the Beijing Epidemic of 1232 and fever causing internal damages as mentioned in the *Neiwaishang Bianhuolun*.

**Methods** : In order to narrow the fever causing diseases in the *Neiwaishang Bianhuolun*, the retrospective diagnostic method was used in analysis. Disease behind the 1232 Beijing Epidemic and the fever causing internal damages were categorized.

**Results** : Fever causing diseases in the *Neiwaishang Bianhuolun* could be categorized as infectious disease, inflammatory disease, irritable bowel syndrome, and fever of unknown origin. The Beijing Epidemic was limited in scale with high fatality, of which possible diseases include infectious disease and inflammatory disease with epidemic medium. Fever from internal damage has a mild prognosis, is non-epidemic, and lacks accompanying symptoms such as acute stomachache, even when it happens with external damage. This narrows the possible diseases to IBS and fever of unknown origin.

**Conclusions** : Among internal damage fever cases treated by Li Dongyuan, there were infectious diseases from the 1232 epidemic and inflammatory diseases with mild prognosis.

**Key words** : Beijing Epidemic in 1232, internal damage, fever, *Neiwaishang Bianhuolun*(內外傷辨惑論)

\* 이 논문은 2023년도 세명대학교 교내학술연구비 지원에 의해 수행된 연구임

\*\* Corresponding Author: Jo Hak-jun,

Dept. of Korean Medical Classics & Medical History, College of Korean Medicine, Semyung University. 65, Semyeong-ro, Jecheon-si, Chungcheongbuk-do, Korea.

Tel: +82-43-649-1347. Fax: +82-43-649-1702. E-mail: palm01@hanmail.net

저자는 본 논문의 내용과 관련하여 그 어떠한 이해 상충도 없습니다.

Received(October 23, 2023), Revised(October 31, 2023), Accepted(November 7, 2023)

## I. 서론

이고(李杲; 1180~1251), 즉 이동원(李東垣)은 금대(金代) 유명한 의학자로서 내상학설(內傷學說)을 발명하였고 온보(溫補)로 비위(脾胃)를 잘 조리하여 보토파(補土派)로 불리고 있다.

그는 당시 전란에서 사람들의 생활이 불안정하고 배고픔, 추위, 정신적 충격을 받은 상태로 발생한 열성질환을 치료할 때, 당시 의가들이 한대(漢代) 『상한론(傷寒論)』의 치법(治法)을 응용하여 치료하여도 별다른 효과가 없음을 장기간 임상 현장에서 관찰하였다.<sup>1)</sup>

그 결과, 그는 전란과 그 이후 뒤따르는 노역(勞役)으로 불안정한 생활, 식량 부족으로 발생한 기포(饑飽), 주거와 의복의 부족으로 추위에 노출, 전란으로 눈앞에 사망자, 부상자를 감당하지 못하는 정신적 충격, 즉 칠정(七情) 등을 열성질환의 한 가지 원인으로 규정하고, 상한(傷寒) 등 외감(外感)과 구별하여 치료함을 발명하고, 내상병(內傷病) 발열의 병기(病機), 치법, 처방 등을 고안하고 임상 현장에서 이를 실증하였으며, 그 내용을 『내외상변혹론(內外傷辨惑論)』(1247)에 기술<sup>2)</sup>하였는데, 그것이 그 유명한 내상학설이다.

『내외상변혹론』에 따르면 그가 일찍이 내상학설을 고안하고 그에 따라 치료한 대표 사례가 몽골군의 임진개원(壬辰改元)(1232) 북경 침입과 관련된 것이다. 그는 당시 어떤 질병으로 사망한 인원이 100만 명 이상으로 대규모였으나 그 실체를 알지 못하여 의사들이 제대로 대응하지 못하여 피해가 컸다<sup>3)</sup>고 기록하고 있다.

당시 사건과 관련한 질병의 실체를 청대(清代) 온병학파(溫病學派) 대가인 왕사웅(王士雄; 1808~1868)은 온병(溫病)으로 판단하였으며, 현대적 연구<sup>4)</sup>에서 그 원인 질환을 다양하게 추정하였다.

한편 이고의 내상학설의 구체적 내용에 대한 이해와 평가도 다양한데, 예를 들어 그가 내상병 발열 기전을 『소문(素問)·조경론(調經論)』 ‘음허내열(陰虛內熱)’로 규정한 내용의 다양한 해석, 그가 처음 언급한 ‘음화(陰火)’의 정의가 불명확함<sup>5)6)7)8)</sup>, 그가 발명한 ‘감온제대열(甘溫除大熱)’과 보중익기탕이 발열을 치료하는 전형적인 방법이 아님<sup>9)10)</sup>, 내상(內傷)과 외감(外感) 개념의 확장성<sup>11)</sup> 등을 주제로 국내외에서 꾸준히 연구가 진행되고 있다. 이고 이후 내상병 발열의 원인은 꾸준히 추가되어 음화 외에도 간화(肝火), 어혈(瘀血), 습음(濕鬱), 혈허(血虛), 정허(精虛), 양허(陽虛) 등을 들고 있다.<sup>12)</sup>

이에 연구자는 일차 진료 수준에서 임상 표현(Clinical Presentation, CP) 중 발열(fever)의 관점으로 『내외상변혹론』에서 언급한 발열 관련 내용을 분석한 결과로부터 변경대역(汴京大疫)의 원인 질환과 내상병 발열의 원인 질환을 분류함으로써 그 관련성을 규명하고자 시도하였다.

## II. 자료 및 연구 방법

변경대역의 원인 질환에 대한 선행연구를 검토하고, 『내외상변혹론』에서 기술한 발열의 원인 질환을

37(4). pp.243-244.

- 5) 宋旭, 金東熙, 金聖勳 외 4인. 李東垣의 陰火論과 朱丹溪의 相火論의 比較研究(II). 대한동의병리학회지. 1998. 12(2). pp.14-20.
- 6) 方正均. 李東垣의 陰火論에 對한 研究. 大韓韓醫學原典學會誌. 2008. 21(1). pp.175-181.
- 7) 신진봉, 이재원, 전지영 외 6인. 이동원 음화론이 후대 내상병 치료에 미친 영향. 동의생리병리학회지. 2008. 22(2). pp.267-276.
- 8) 殷哲玟. 李東垣이 논한 陰火의 實質에 대한 연구. 大韓韓醫學原典學會誌. 2012. 25(4). pp.5-22.
- 9) 梁光烈. 溫能除大熱法에 대한 研究. 大韓韓醫學原典學會誌. 2008. 21(3). pp.59-68.
- 10) 梁光烈, 白裕相, 張祐彰 외 4인. 東垣內傷證에 대한 溫病學的 解析. 大韓韓醫學原典學會誌. 2008. 21(1). pp.235-255.
- 11) 殷哲玟. 李東垣 內外傷辨 관련 논의들에 나타난 內外 관계성에 대한 고찰. 大韓韓醫學原典學會誌. 2023. 36(2). pp.61-75.
- 12) 張伯臾. 中醫內科學. 北京. 人民衛生出版社. 1988. pp.655-656.

- 1) 張年順 等 主編. 李東垣醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.301.
- 2) 廖育群, 傅芳, 鄭金生 著. 박현국, 김기욱, 이병욱 譯. 중국 과학기술사. 서울. 一社. 2004. p.654.
- 3) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. pp.6-7.
- 4) 符友豐. 金元鼠疫史與李杲所論病證. 中醫雜誌. 1996.

일차 진료 수준의 진단 기법에 따라 분석하고, 그 결과를 기초로 변경대역의 원인 질환과 내상병 발열의 원인 질환의 관련성을 분석하였다.

먼저, 2023년 3~5월 CNKI에서 검색한 변경대역과 관련한 연구를 바탕으로 변경대역의 구체적인 상황을 검토하였다.

이고가 내상병과 외감병 초기에 둘 다 발열, 오한 등이 나타나기에 양자를 변별하기 곤란함을 언급했으므로 '발열'을 양자를 변별하는 핵심으로 선택하였다.

『내외상변혹론』<sup>13)</sup>에서 언급한 발열 관련 내용을 분석할 때, 임상 표현(CP) 중 발열을 위주로 일차 진료 수준의 진단 기법<sup>14)</sup>에 따라 경고 증상(warning signs), 초점에 맞춘 질문하기(asking focused questions), 진단적 접근(Diagnostic approaches), 주의사항, 예후(Prognosis) 등으로 세분하였다. 분석 결과에 근거하여 변경대역과 내상병의 특징에 따라 변경대역의 원인 질환과 내상병 발열의 원인 질환을 분류하였다.

### Ⅲ. 본론

#### 1. 변경대역(汴京大疫) 당시 상황

이 사건은 내상병을 치료한 주요 사례이지만, 짧은 기간의 전란 이후 3개월 사이 환자 발생과 사망이 폭발한 점에서 그 원인 질환에 대한 의견은 분분하다. 먼저 그 사건을 이해하고자 기존 연구 결과를 바탕으로 질병의 발생 시점, 지속 기간, 사망 규모와 당시 인구, 피해가 커진 배경, 당시 보건의료 상황을 검토하였다.

#### 가. 질병의 발생 시점

이고는 『내외상변혹론』에서 “지난 임진 개원(1232)에 경사(京師), 즉, 금대(金代) 당시 수도인 대량(大梁)[변량(汴梁), 변경(汴京)으로도 불림]에 계엄령이

있었는데 3월 하순에 이르러 외적, 즉 몽골군의 침입을 입은 지 보름 정도였다.”<sup>15)</sup>라고 기록하였지만, 『금사(金史)·본기(本紀)·애종(哀宗)·상(上)』(1344)에 “1232년 … 5월 신묘(辛卯) 일에 기후가 “매우 쌀쌀하여 겨울 같았고, 밀국공(密國公) 숙(璠)이 돌아가셨다. … 변경(汴京)의 큰 역병이 모두 50일 동안 이었는데, 여러 성문으로 나간 사망자가 90여만 명이었다.”<sup>16)</sup>라고 기록하였다.

몽골군과 금(金)의 전란에서 유행한 질병의 시작 연도(1232년)에 논란이 없으나 구체적 시점에 대해서는 의견이 분분하다. 예를 들어 금대(金代) 개흥(開興)에서 천흥(天興)으로 개원(改元)한 날, 즉 4월 14일 이후 발생했다는 판성준(範行准)의 의견, 3월 하순에서 시작하여 4, 5월이 절정이었다는 푸요우핑(符友豐)의 의견, 5월 중순에 폭발적으로 유행하였다가 6월을 거쳐 7월 상순에 소멸하여 『금사·본기·애종·상』의 50일과 부합하는 모우중싱(牟重行)의 의견, 4월 신미일(21일)~병자일(26일) 사이에 발생하여 6월 신미일(21일) 이전 끝났다는 리중린(李中琳)과 푸큐(符奎)의 의견 등<sup>17)</sup>이 있다.

왕성광(王星光)은 무굴 제국 역사, 즉 『명구얼스지(蒙兀兒史記)』“여름 4월 … 수부타이(速別額臺, 1175-1248)가 피서를 빌미로 여주(汝州)로 퇴각하여 그곳의 양식을 약탈하고서 변경(汴京)을 지키는 사람들이 굶주려서 자멸하기를 기다렸다. 얼마 지나지 않아 변경에서 큰 역병이 돌고 50일 이내 여러 성문으로 나간 죽은 자가 90여만 명이었다.”<sup>18)</sup>와 『

13) 李杲 著, 張年順 等 主編, 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중), 北京, 中國中醫藥出版社, 2006. pp.6-26.

14) 강재희, 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학, 서울, ㈜대한의학서적, 2010. pp.57-64.

15) 李杲 著, 張年順 等 主編, 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중), 北京, 中國中醫藥出版社, 2006. p.6. “向者壬辰改元, 京師戒嚴, 迨三月下旬, 受敵者凡半月, 解圍之後, 都人之不受病者, 萬無一二, 既病而死者, 繼踵而不絕. 都門十有二所, 每日各門所送, 多者二千, 少者不下一千, 似此者幾三月, 此百萬人豈俱感風寒外傷者耶?”

16) 脫脫 等 撰, 金史本紀 第十七 哀宗 上. [cited on April 23, 2023]: Available from: <https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=51793> “天興元年 … 五月 … 辛卯, 大寒如冬. 密國公璠薨. … 汴京大疫, 凡五十日, 諸門出死者, 九十餘萬人.”

17) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究, 2019. 1. pp.145-159.

18) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究, 2019. 1. p.147. 裨人翁(“夏四月 … 速別額台乃托言避暑, 退駐汝州, 掠其糧, 欲俟汴京守者饑疲自潰. 未幾汴京果

금사본가에중상》“6월 … 신미일에 변경의 성을 복구, 수리하였다. 역병(疫病) 이후 관을 파는 의사, 승려, 장의사들이 큰 이익을 거두기에 유사(有司)에게 세금을 두 배 징수하게 하여 국가 재정을 보충하였다.”<sup>19)</sup>와 『금사열전(列傳)·최립(崔昱)』 “사람끼리 몰래 서로 말하기를 ‘성을 공격한 뒤 7, 8일 사이에 여러 성문을 통해 장사지내 나간 자를 개봉부(開封府)에서 계산해보니 모두 100여만 명이었는데 …”<sup>20)</sup> 등에 근거하여 그 발생 시점을 4월경, 종료 시점을 6월경으로 추정함으로써 관성준(範行准), 리중린(李中琳) 등의 의견에 찬성<sup>21)</sup>하였다.

### 나. 질병의 지속 기간

변경대역(汴京大疫) 지속 기간에 대해서도 다양한 의견이 있는데, 50일이라는 『금사본가에중상』, 50~60일이라는 원호문(元好問, 1190~1257), 50일 이내라는 『몽구얼스지(蒙兀兒史記)』, ‘거의 3개월’, 즉 90일 미만이라는 『내외상변혹론』이 있다. 그중에서 『내외상변혹론』의 기간이 다른 기록에 비해 1달 정도 더 긴데, 90일로 계산하면 4월에 시작하여 7월까지 지속한 것이다. 한편, 왕성광(王星光)은 변경대역은 4월 신미일(21일)~병자일(26일) 사이에 발생하여 6월 신미일(21일)까지 60일 이내라는 리중린(李中琳)의 견해에 힘을 실었다.<sup>22)</sup>

### 다. 질병의 사망 규모와 당시 인구

당시 변경(汴京)의 인구수에 대해서, 변경이 포위

되기 이전 대규모 인구가 2차례 유입되었다는 점을 근거로 최소 200만 명 이상이라는 우송디(吳松弟)의 추정, 변경이 몽골군에게 항복했을 때 147만 명이고 대역(大疫) 사망자 수 100만 명을 더하여 250만 명 전후라는 차오슈지(曹樹基) 등의 추정, 『금사열전·적전합희(赤蠶合喜)』에 언급한 사망자 100만 명<sup>23)</sup>을 다시 더하여 350만 명이라는 리중린(李中琳) 등의 추정, 400~500만 명이라는 왕귀웨이(王國維)의 주장으로 의견이 다양하다.

왕성광(王星光)은 가구당 인원을 근거로 변경의 총인구를 추정하였다. 『금사본가에중상』 “수도 변경(汴京)의 민군(民軍) 20만 명을 여러 군사예속하였다.”<sup>24)</sup>와 『금사열전·적전합희』 “또한 수도 동쪽 서쪽으로 황하(黃河)와 맞닿은 구둔(舊屯)의 두 도위(都尉)와 위주(衛州)에서 이미 봉기한 의용군(義勇軍)을 소집하여 건위(建威) 지역을 통틀어 4만 명을 얻고 장정 6만 명을 더한 인원, 즉 10만 명을 성의 사방 주위에 나누어 배치하였다.”<sup>25)</sup>에 따라 성을 지키는 민군 20만 명과 의용군 10만 명의 장정이 포함되어 있다. 가구당 인원을 6명으로 계산하면 180만 명이기에 200만 명 전후로 추정<sup>26)</sup>하였다.

### 라. 전쟁과 질병의 관련성

왕성광(王星光)은 “군사 인력은 밀집된 환경에서 공동체 생활을 하고 높은 유희성과 특수 임무를 수행하는 특징이 있기에 질병의 발생과 전파가 매우 쉽다. 더욱이 전쟁 시기는 의료 환경이 더욱 낮고 위생환경이 나쁘고 군대를 통솔하면서 과로와 정신

大疫, 五旬之內, 諸門出死者九十餘萬人.”)

19) 脫脫 等 撰. 金史本紀 第十七 哀宗 上. [cited on April 23, 2023]: Available from:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=51793> “六月 … 辛未, 復修汴城. 以疫後, 園戶, 僧道, 醫師, 鬻棺者擅厚利, 命有司倍征之, 以助其用.”

20) 脫脫 等 撰. 金史列傳 第五十三. [cited on April 23, 2023]: Available from:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=335768> “人人竊相謂曰: 攻城之後七八日之中, 諸門出葬者, 開封府計之凡百餘萬人, 恨不早預其數而值此不幸也.”

21) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.147.

22) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.149

23) 脫脫 等 撰. 金史列傳 第五十一. [cited on April 23, 2023]: Available from:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=202241>

24) 脫脫 等 撰. 金史本紀 第十七 哀宗 上. [cited on April 23, 2023]: Available from:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=51793> “括京師民軍二十萬分隸諸帥”

25) 脫脫 等 撰. 金史列傳 第五十一. [cited on April 23, 2023]: Available from:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=202241> “又集京東西沿河舊屯兩都尉及衛州已起義軍, 通建威得四萬人, 益以丁壯六萬, 分置四城.”

26) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.148.

적 피로 등원 원인은 대규모 전염병 폭발의 위험을 더한다. 변경 지역은 당시 수년 동안 지속된 전쟁으로 시체가 들에 넘쳐나는 데다가 1232년 몽골과 금(金)의 전쟁으로 100만 명의 사망자가 더 늘어서 병원균이 증식하고, 부패가 심하여 그 부근의 토양, 물, 음식 등이 오염될 가능성이 커져 전염병의 위험이 잠재하고 있었음.”<sup>27)</sup>을 지적하였다.

#### 마. 당시 피해가 커진 배경

왕성광(王星光)은 변경대역에서 피해가 커진 배경을, 성안의 인구 밀도 증가로 공공위생의 악화, 전쟁으로 인한 식량 부족, 기근, 자연환경의 변화 등으로 제시하였는데<sup>28)</sup> 이를 요약하여 소개한다.

첫째, 1232년 전쟁 직전 대규모 난민이 변경으로 이주하여 성안의 인구 밀도가 더 높아졌다. 몽골의 남침으로 금(金)은 수도를 옮기면서 황실 귀족, 군인, 친족들이 전쟁, 기아로 인해 황하 이북의 민족들과 피난 가게 되었다. 인구 증가는 변경의 공공위생을 위협하였는데 거주 환경이 꾸준히 악화하는 것은 질병 매개체 증가와 질병 전파에 유리하다.

둘째, 당시 변경에서 소요되는 물자 수량이 방대하나 도성의 포위로 보급할 방법이 없었다. 당시 인구가 더욱 많아져 성안의 양식이 매우 부족한 데다가 군대에 먼저 식량을 보급하였으므로 변경의 대부분 주민이 기아 상태였음을 추측할 수 있다.

셋째, 『금사열전·계이(第二)』에서 선종황후왕씨가 “임진년(1232년)과 계사년(1234년)에 이르러 하남에 기근이 들었다. 원(元)의 군대, 즉 몽골군이 변경을 포위한 데다가 대역(大疫)까지 겹쳤으니 변경(汴京)의 백성이 죽은 자가 100만여 명이었는데 황후께서 눈으로 확인하셨다.”<sup>29)</sup>라는 기록에서 알 수 있듯이, 하남성(河南省), 즉 변경에 역병과 함께 기근

이 있었음을 확인할 수 있다.

넷째, 당시 자연환경의 변화도 대규모 전염병의 주요 원인이었다. 모중싱(牟重行)은 『금사·본가에중상』 “1232년 … 5월 신묘(辛卯) 일에 기후가 “매우 쌀쌀하여 겨울 같았고 …”라는 기록에 근거하여 찬기운이 엄습한 것임을 강조하였다.

#### 바. 당시 보건의료 상황

왕성광(王星光)은 변경대역 당시 성안에 전염병이 폭발적으로 유행한 뒤에도 금(金) 조정은 자신조차 보존하기 어려웠으므로 관료들의 효과적인 구제와 의료 대응을 조직하지 못하고, 이고 등과 같은 민간 의사의 개인적인 치료에 의존하였다고 평가<sup>30)</sup>하였다.

#### 사. 변경대역의 원인 질환

왕성광(王星光)은 변경대역의 시작은 어떤 병원균의 유행으로, 변경대역의 종료는 병원균이 점차 사라지는 과정으로 해석하였는데<sup>31)</sup>, 이를 요약하면 다음과 같다.

변경대역이 발생한 시대가 워낙 오래되었고 사료가 부족하므로 그 질병의 시작과 지속 기간 날짜를 정확히 알 수 없다. 전염병이 관심을 받을 때는 이미 만연하였기에 첫 번째 감염자를 찾을 수 없었을 것이다. 전염병이 폭발한 뒤 금(金) 조정은 전쟁으로 바빠서 기본적으로 유행 상황에 대처할 수 없고, 이고 등 민간 의료 역량에 의지해야 했을 것이지만 대부분 의사의 조치가 마땅하지 않았다는<sup>32)</sup> 기록으로 볼 때 그 치료 효과가 분명하지 않았다.

## 2. 변경대역(汴京大疫)의 원인 질환에 대한 선행연구 검토 결과

변경대역, 즉 1232년 변경(汴京) 전란 이후 대규모

27) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫의誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.151.

28) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫의誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.151.

29) 脫脫等撰. 金史列傳 第六十三 后妃 下. [cited on April 23, 2023]: Available from: <https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=526710> “及壬辰, 癸巳歲, 河南饑饉. 大元兵圍汴, 加以大疫, 汴城之民, 死者百餘萬, 后皆目睹焉.”

30) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫의誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.151.

31) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫의誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.149.

32) 李杲 著, 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書卷). 北京, 中國中醫藥出版社. 2006. p.6. “由其朝饑暮飽, 起居不時, 寒溫失所, 動經三兩月, 胃氣虧乏久矣, … 而又調治失宜, 其死也無疑矣.”

모 사망 원인이 된 대유행의 원인 질환에 대해 다양하게 추정하고 있다. 선행연구 검토 결과를 의사의 약물 오용과 높은 사망률, 황하(黃河)의 범람과 같은 기후 상황 등의 측면으로 분류하였다.

### 가. 의사의 약물 오용

랭잉추(任應秋)는 유행성 위장염(epidemic gastroenteritis)으로<sup>33)</sup>, 마보인(馬伯英)은 장티푸스(typhoid)와 같은 진성 상한(傷寒)으로<sup>34)</sup>, 모우원광(牟允方)은 유행성 감기(influenza)로<sup>35)</sup>, 추이원칭(崔文成)은 전염성 간염(infectious hepatitis) 또는 렙토스피라(Leptospira)로<sup>36)</sup> 해석하는 흐름이 있다. 그 근거는 대체로 『내외상변혹론』의 내용 즉, “모두 내가 대량에서 직접 본 것인데, 해표(解表) 발산(發散)하는 의사도 있고, 파두(巴豆)로 적(積)을 밀어내는 의사도 있고, 승기탕(承氣湯)으로 공하(攻下)하는 의사도 있으며, 갑자기 결흉(結胸), 황달(黃疸)로 변하면 또다시 함흉탕(陷胸湯), 함흉환(陷胸丸)과 인진탕(茵陳湯)으로 공하(攻下)하여 죽지 않는 환자가 없었다. 자세히 말하자면, 애초에 상한(傷寒)이 아니거늘 조치의 착오로 변하여 진상한(眞傷寒) 증상과 비슷하게 된 것이니 모두 약을 잘못 사용한 잘못이다.”<sup>37)</sup>라는 기록에 근거한 것으로 보인다.

### 나. 변경대역의 높은 사망률

변경대역의 놀랄 만큼 높은 유행성(발병률)과 사망률을 근거로 페스트로 해석하는 흐름이 있다. 페스트를 최근의 실제적인 추론 결과로 제시한 푸유평

(符友豐)<sup>38)</sup>, 그 추론 결과를 발전시켜 페페스트로 추정하고 13세기에 페스트가 대유행했다고 주장한 차오수지(曹樹基) 등<sup>39)</sup>이 있고 국내에서도 14세기 중국의 페스트 관련 연구<sup>40)</sup>가 있다.

푸유평(符友豐) 이후 많은 연구자가 변경대역의 원인 질환을 페스트로 보았으나 일부 연구자는 여전히 의문을 제시하였다. 마보인(馬伯英)은 당시 문헌에 귀와 관련한 기록이 전혀 없고 대유행한 페스트에서 귀들의 이상 행동과 대량 사망이 수반하지 않았음을 지적<sup>41)</sup>하였고, 리중린(李中琳)은 『내외상변혹론·변증여중열변상사(辨證與中熱頗相似)』 “처음 병에 걸렸을 때 특히 외감(外感) 중열병(中熱病)의 실증(實證)과 비슷한데 만약 백호탕(白虎湯)을 잘못 투여하면 10일이면 반드시 죽는다.”<sup>42)</sup>에 근거하여 페페스트 환자가 2~3일 내 사망하는 정황과 부합하지 않고, 또 『내외상변혹론』(1247) 초고가 1231년 완성되었으므로 그 서적에서 묘사한 병증을 1232년 발생한 전염병 특성으로 논하는 것은 과학적이지 않음을 지적<sup>43)</sup>하였고, 구시진(顧思臻) 등은 후세 페스트와 관련된 자료와 비교하면 이고 당시의 페페스트는 매우 가벼운 듯하고, 혹은 2차성 페페스트가 많았을 것이고, 이고가 만든 처방 용량도 적은데 이런 중증(重症)에 대해 현저한 효과가 있을지 의문을 제기<sup>44)</sup>하였다.

차오수지(曹樹基) 등은 역사 문헌에 실린 급속한

33) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.153. 재인용(任應秋 著, 馬永炎, 魯兆麟, 任廷革 主編. 中國醫學史略(任應秋醫學全集 卷4). 北京. 中國中醫藥出版社. 2015. p.2226.)  
 34) 馬伯英. 中國古代主要傳染病辨異. 自然科學史研究. 1991. 3. p.286.  
 35) 牟允方. 關於東垣內傷類似傷寒的我見. 中醫雜誌. 1962. 11. p.39.  
 36) 崔文成. 甘溫除熱法管見. 中醫雜誌. 1994. 8. p.460.  
 37) 李杲 著, 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.7. “余在大梁, 凡所親見, 有表發者, 有以巴豆推之者, 有以承氣湯下之者, 俄而變結胸, 發黃, 又以陷胸湯, 丸及茵陳湯下之, 無不死者. 蓋初非傷寒, 以調治差誤, 變而似眞傷寒之證, 皆藥之罪也.”

38) 符友豐. 金元鼠疫史與李杲所論病證. 中醫雜誌. 1996. 37(4). pp.243-244.  
 39) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.153. 재인용(曹樹基, 李玉尚. 鼠疫: 戰爭與和平 - 中國的環境與社會變遷(1230~1960年). 濟南. 山東畫報出版社. 2006. p.80.  
 40) 한지선. 14세기 위기와 元帝國의 疫病, 그리고 무역 네트워크-중국의 역사적 문헌에 나타난 전염병의 전파와 대응 양상. 2022. 141. pp.65-100.  
 41) 馬伯英. 中國古代主要傳染病辨異. 自然科學史研究. 1991. 3. p.286.  
 42) 李杲 著, 張年順 等 主編. 東垣試效方(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 1999. p.10. “始受病之時, 特與中熱外得之餘之證相似, 若誤與白虎湯, 旬日必死.”  
 43) 李中琳. 符奎. 1232年金末汴梁大疫探析. 醫學與哲學(人文社會醫學版). 2008. 6. p.70.  
 44) 顧思臻, 寶丹波. 『內外傷辨惑論』論治汴京大疫發微. 浙江中醫藥大學學報. 2016. 6. p.455.

지역 전염, 높은 사망률, 환자의 대량 토혈 등의 3가지 특징에 근거하여 페페스트로 판단할 수 있다<sup>45)</sup>고 하였다. 그러나 왕성광(王星光)은 이고가 당시 성내에 있던 림프절 페스트 환자를 소홀히 했을 가능성은 크지 않으며, 실제 임상 상황에서 폐탄저병(Pulmonary anthrax), 랩토포피라증 등의 전염병에서도 이와 같은 3가지 특징이 있으므로 그것만으로 페페스트로 판단 기준을 삼는 것은 엄밀하지 않다고 비판하였다.<sup>46)</sup>

또한 1232년 변경대역을 페페스트로 가정하더라도, 페스트 간균(桿菌)의 원천과 전파 등의 문제가 남는다. 모중싱(牟重行)은 몽골군대가 페스트를 보유한 상태로 변경에 도착했다가 철수할 때 서둘러 매장하거나 버리고 간 병사한 병사의 시체가 얼마 뒤 변경대역의 전염원이 되었다고 분석<sup>47)</sup>하였고, 차오수지(曹樹基) 등은 몽골 기병(騎兵)이 페스트의 전파자이며 그것을 13세기 페스트 대유행의 일환으로 보았다.<sup>48)</sup>

현대 전염병학 분석 관점에서 중국 페스트의 자연역원지(疫源地)는 내몽골의 후룬부이르(Hulunbuir) 고원(Plateau), 울란카브(Ulanqab) 고원과 시링골(Xilingol) 고원을 포함하고 있다.<sup>49)</sup> 왕성광(王星光)은 1232년 당시 몽골 기병 중 무증상 보균자와 무증상 감염자가 페스트를 전파했다고 하더라도 그들이 3년 동안 행군, 주둔했던 다른 지역에서는 전염병이 없다가 1232년 변경에서 폭발한 것에 의문이 남으며, 큰 전염병이 발생한 뒤 변경 성내 인구가

꾸준히 밖으로 흘러 나갔으나 주변 지역에서는 이와 유사한 전염병 기록이 없어 확실했다는 정황이 없고 변경 성내에 집중된 것은 페페스트의 급속한 전염성과 서로 모순된다고 평가하였다.<sup>50)</sup>

#### 다. 황하의 범람

홍수 이후 발생하기 쉬운 전염병에는 소화기전염병, 호흡기전염병, 자연역원성(自然疫源性) 질병, 기생충 매개의 전염병과 피부병, 안질환 등이 있다.<sup>51)</sup> 이를 근거로 1232년 3월 황하(黃河) 범람이 변경대역과 관련이 있을 수 있다.

다만, 왕성광(王星光) 등은 변경 주위의 생태환경은 홍수 재해를 입힌 뒤에 이동하는 난민을 통해 성내로 전파되어 전염병을 일으켰을 가능성이 매우 높으나, 홍수 이후 발생하는 전염병들은 기온이 16~19℃에서 집중하기에 당시 기후가 겨울과 같이 추웠다는 『금사-애중-본기상』 기록과 부합하지 않는다고 보았다.<sup>52)</sup>

#### 라. 다양한 사료와 현대 연구기법을 동원한 분석

왕성광(王星光) 등은 다양한 사료와 현대 연구기법을 동원해 이미 알려진 전염병 특성과 이고가 묘사한 증상이 완벽히 대응하지 않음을 밝히고, 페스트의 대유행 등 기존 해석을 반박하였다. 그는 전쟁과 기후 환경 변화의 특수 상황에서 음식·노권, 새로운 병원균의 감염, 의사의 약물 오용 3가지가 결합하여 유행병이 폭발한 것으로 분석<sup>53)</sup>하였다.

### 3. 후향적 진단으로 추정

임상 표현(CP)에 근거하여 임상 진단의 추론 방식을 사용함으로써 『내의상변혹론』에서 설명하는 내

45) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.154. 제인용(曹樹基, 李玉尙. 鼠疫: 戰爭與和平 - 中國的環境與社會變遷(1230~1960年). 濟南, 山東畫報出版社. 2006. p.58.)

46) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.154.

47) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.154. 제인용(牟重行. 1232年汴京大疫與氣候因素探討. 中華醫史雜誌. 2008. 1. p.79.)

48) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.154. 제인용(曹樹基, 李玉尙. 鼠疫: 戰爭與和平 - 中國的環境與社會變遷(1230~1960年). 濟南, 山東畫報出版社. 2006.)

49) 方喜業. 中國鼠疫自然疫源地. 北京. 人民衛生出版社. 1990. pp.5-8.

50) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.154.

51) 陳偉, 曾光. 洪澇災害與傳染病流行. 中國公共衛生. 2003. 8. p.899.

52) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.155.

53) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.158.

상병의 원인 질환을 추정할 수 있는데, 이는 후향적 진단(retrospective diagnosis), 역진단(逆診斷; retrodiagnosis) 또는 사후진단(事後診斷; posthumous diagnosis)에 해당한다. 이런 방법으로 한센병(leprosy), 페스트 등 전염성 질환과 관련한 사료를 분석할 수 있음을 개괄적으로 소개한 연구<sup>54)</sup>가 있으나 1232년 변경대역 또는 내상병 등을 개별적으로 분석하지는 않았기에 이 연구에서 시도하였다.

다만, 이 분석 방법은 근본적으로 한계가 있다. 현대의학에서 대부분의 급성 열성질환은 병력, 진찰, 혈액 및 방사선 검사 등을 통해 원인을 빠르게 알게 되거나 해결<sup>55)</sup>할 수 있지만 1232년 당시 유행한 급성 열성질환에 대한 원인은 오로지 병력과 임상 진단에만 의존하지 않을 수 없다. 또한 1232년 당시 질병에 대한 인식, 묘사, 분류 등은 현재의 그것과 완전히 같지는 않으므로 당시 진단에 오류가 있을 수 있다. 또한 『내외상변혹론』의 기록은 발한제, 승기탕, 인진탕 등 약물과 관련한 병력을 이해하는데 도움이 되지만, 변경대역의 원인 질환 자체에 대한 증례는 기술하지 않았기에 원인을 특정하는 데 어려움이 있다.

이러한 한계와 어려움에도 불구하고, 현대의학 기법인 후향적 진단 기법을 사용하면 원인 질환의 범위를 어느 정도 좁힐 수 있을 것이다.

이를 위하여 일차 진료 수준의 진단 기법<sup>56)</sup>에 따라 『내외상변혹론』에 기술된 발열( fever)을 위주로 임상 표현(CP) 또는 증상을 검색하였다. 임상 표현 중 발열을 선택한 이유는, 이고가 발열 오한 등이 내상병과 외감병의 발생 초기에 둘 다 나타나기에 두 가지를 변별하기 어려움을 지적했기 때문이다.

『내외상변혹론』에 변경대역과 관련하여 구체적인 진료 기록이 직접 제시되지 않았고, 발열을 동반한 증상을 치료할 때 어떤 처방으로 치료한다는 등으로 표현되어 있다. 그 점을 고려하여 동반증상을 검색

할 때, 어느 처방의 주치증에만 국한하지 않고 서적 전반을 대상으로 하였다.

한의학의 질병 분류 체계에 따르면, 내상병 하위에 여러 질병, 증상이 있고 그마다 다시 여러 가지 변증(辨證)으로 세분된다. 내상병 하위 증상인 발열을 예로 들면, 대체로 기허(氣虛), 혈허(血虛), 음허(陰虛), 양허(陽虛) 등의 변증으로 세분<sup>57)</sup>할 수 있으며, 해당 변증마다 발열과 함께 나타나는 증상, 즉 동반증상이 있다.

1차 진료에서 일반적인 진단 과정은, 경고 증상을 먼저 파악하고, 다음으로 동반증상 등을 포함하여 초점에 맞춘 질문을 하고, 망진(望診), 문진(聞診), 절진(切診) 등 다양한 신체검진을 통하여 기허, 혈허, 음허, 양허 등을 감별한다. 그러나 『내외상변혹론』은 변증 체계가 완성되기 전의 서적이기에 그 속에 실린 여러 가지 내상병 발열을 기허, 혈허, 양허, 음허 등 후세의 변증 체계로 분류할 수 없다는 제한이 있다.

### 가. 경고증상

『내외상변혹론』<sup>58)</sup>에서 발열의 경고증상과 관련한 임상 표현을 검색한 결과는 표 1과 같으며, 그 결과 제외진단(Rule Out: R/O)으로 열사병, 폐렴, 농흉을 고려할 수 있다.

41℃ 이상 고열과 관련하여 『내외상변혹론-변증여중열과상사(辨證與中熱頗相似)』에서 “여름철 뜨거운 날씨에 먼 길을 걷거나 밭, 들에서 노동할 때 발생하는 것으로, 몸이 약하고 식사량이 적은데 과로가 심하거나, 항상 체계(齊戒), 수행(修行)하는 사람이 과로하여 발생한다. 양명(陽明) 중열(中熱)의 백호탕(白虎湯) 증(證)과 비슷하여 반드시 신체 표면을 어루만지면 장열(壯熱)이 있고, 반드시 손과 발을 자주 움직일 정도의 고열, 즉 조열(躁熱)이 있고, 답답한 느낌과 의식 혼란, 즉 민란(悶亂)이 있고, 열을 매우 싫어하며 ... ”<sup>59)</sup>라고 하였다. 이고는 열사병과

54) 林富士. 中國疾病史研芻議. 四川大學校學報. 2004. 1. p.93.  
 55) 강재희. 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학. 서울. ㈜대한의학서적. 2010. p.63.  
 56) 강재희. 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학. 서울. ㈜대한의학서적. 2010. pp.57-64.

57) 張伯臾. 中醫內科學. 北京. 人民衛生出版社. 1996. pp.653-663.  
 58) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 叢). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. pp.6-26.  
 59) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書



표 1. 『내외상변혹론』에 나타난 발열의 경고증상과 관련한 임상 표현

항목	고려 사항	관련 임상 표현(CP)
<b>경고증상</b>		
41℃ 이상 고열	중추신경계 감염, 항정신성약물 약성 증후군, <b>열사병</b>	- (與陽明中熱白虎湯證相似, 必肌體捫摸之壯熱, 必躁熱悶亂, 大惡熱)*
발진	뇌수막염, 패혈증 쇼크를 보이 는 세균혈증, 리케차병 양상: 바이러스성 발, 약제열 (drug fever)	-
의식 수준의 변화 + 감각 수준의 변화	뇌수막염, 뇌염, 항정신병약물 약성증후군, <b>열사병</b> , 패혈증 쇼 크를 가진 세균성 감염	- (怵心亂/心惑/昏悶/昏憤)* - (行步欬側, 起居艱難, 掌中熱, 風痹麻木)*
어지럼증 + 또는 어질어질함	패혈증 쇼크를 가진 세균성 감 염, 부신부전, 폐색전, 호중구감 소를 동반한 원내감염 양상: 유양돌기염을 가진 바이 러스성 감염	- 目中流火, 視物眩暈*
최근 항암제 투여	폐색전	-
숨기쁨 + 흉통	폐렴, 농흉	喘息/短氣少氣/上喘/氣高而喘/高喘/喘喝/氣短/氣促 -

(\*) : 해당 항목이 없음을 나타내거나 유사하게 보이나 실제로는 무관한 내용

\*\* : 해당 항목과 관련이 있으나 명확하지 않은 내용

내상 발열을 구별하기 위해 체온 정도를 확인할 때 체표의 온도 외에도 손과 발의 움직임, 의식 혼란을 참고함으로써 객관적인 증거를 수집했을 뿐만 아니라, 환자로부터 답답한 느낌, 열에 대한 호감도 등을 통해 환자의 주관적 표현을 임상 진단에 활용하였으며, 열사병 자체를 치료한 것이 아님을 알 수 있다.

의식 수준의 변화와 관련하여 『내외상변혹론·변증

중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.10. “復有一節, 乘天氣大熱之時, 在於路途勞役得之, 或在田野間勞形得之; 更或有身體薄弱, 食少勞役過甚, 又有修善常齋之人, 胃氣久虛, 而因勞役得之者. 皆與陽明中熱白虎湯證相似, 必肌體捫摸之壯熱, 必躁熱悶亂, 大惡熱, 渴而飲水, 以勞役過甚之故, 亦身疼痛. 始受病之時, 特與中熱外得有餘之證相似, 若誤與白虎湯, 旬日必死. 此證脾胃大虛, 元氣不足, 口鼻中氣皆短促而上喘, 至日轉以後, 是陽明得時之際, 病必少減. 若是外得中熱之病, 必到日晡之際, 大作譫語, 其熱增加, 大渴飲水, 煩悶不止, 其勞役不足者, 皆無此證, 尤易爲分解. 若有難決疑似之證, 必當待一二日求醫治療, 必不至錯誤矣.”

여중열과상사(辨證與中熱頗相似)』에서 “만약 중열(中熱)의 병이라면 반드시 일몰에 섬어(譫語)가 나타나고, 발열이 증가하고, 갈증이 심해서 물을 마시고, 가슴속이 답답한 증상이 그치지 않는데, 노역으로 부족한 증상에서는 모두 이런 증상이 없으며 그 증상이 더 쉽게 사라진다. 만약 두 가지 증후가 비슷하여 판단하기 어렵다면 반드시 하루 이틀 기다려서 의사에게 치료를 구해야만 착오에 이르지 않는다.”<sup>60)</sup>라고 하였다. 이고는 열사병에서 즉 급성 섬망(acute delirium)과 관련한 섬어(譫語)가 나타나는데 반해 내상 발열에는 그렇지 않으며, 그 증상이 쉽게 사라져서 예후도 양호함을 명확히 지적하였다. 그

60) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.10. “若是外得中熱之病, 必到日晡之際, 大作譫語, 其熱增加, 大渴飲水, 煩悶不止, 其勞役不足者, 皆無此證, 尤易爲分解. 若有難決疑似之證, 必當待一二日求醫治療, 必不至錯誤矣.”

는 비록 문(挽), 심란(心亂), 심혹(心惑)과 혼민(昏悶), 혼쾌(昏憤) 등을 언급하였지만, 해당 증상은 의식 변화 정도가 가볍고, 답답함, 불안감 등 환자의 주관적 증상으로 해석할 수 있다. 또한 풍비(風痹), 마목(麻木)은 급성 열성질환과 무관한 것으로 보인다.

어지럼증 또는 어질어질함과 관련하여 『내외상변혹론·신지비위허방(腎之脾胃虛方)』 신성복기탕(神聖復氣湯)에서 “복기(復氣)가 겨울을 틔다 족태양한수(足太陽寒水)와 족소음신수(足少陰腎水)가 왕성함을 치료한다. … 허리, 등, 흉격(胸膈)이 닫히고 막힌 듯하고 아픔과 … 머리가 일정 간격으로 아픔과 눈앞에 불꽃이 떠다니는 듯함과 시야가 어두움과

고 하였다. 그러나 해당 표현은 시각과는 관련이 있고, 어지럼증 또는 어질어질함 자체를 의미한다고 보기에는 무리가 있다.

숨가쁨과 흉통이 나타나면 폐렴, 농흉을 고려할 수 있는데 『내외상변혹론』에서 숨가쁨은 나타나나 흉통이 함께 나타나지 않는다는 점을 근거로 판단할 때 그 질환에 해당할 확률은 높지 않다.

결론적으로, 『내외상변혹론』에서 발열의 경고증상과 관련한 임상 표현(표 1)을 찾을 수 없다.

### 나. 초점에 맞춘 질문하기

『내외상변혹론』<sup>62)</sup>에서 발열에 초점을 맞춘 질문과 관련한 임상 표현을 검색한 결과는 표 2와 같다.

표 2. 『내외상변혹론』에 나타난 발열에 초점을 맞춘 질문과 관련한 임상 표현

항목	고려 사항	관련 임상 표현(CP)
<b>초점에 맞춘 질문하기</b>		
<b>일반 질문</b>		
환자와의 접촉	감염	-
최근 입원 + 또는 여행 경험	감염	- 대규모 난민의 이주
최근 시행한 시술	감염	-
체중 감소 + 뼈 통증	암	消瘦/肉脫 - (骨消/骨枯而髓虛, 故足不任身, 發爲骨痿)*
관절염 + 발진	염증성 질환	- (行步欬側, 起居艱難, 掌中熱, 風痹麻木)* -
혈관염 또는 다른 염증성 질환의 개인력이나 가족력	염증성 질환	-
<b>특징</b>		
열이 얼마나 높은가? ▪ 41°C 이상 고열	중추신경계 감염, 항정신성약물 약성 증후군, 열사병	- (與陽明中熱白虎湯證相似, 必肌體捫摸之壯熱, 必躁熱悶亂, 大惡熱)*

이명(耳鳴)과 이롱(耳聾), 즉 난청을 치료한다.”<sup>61)</sup>라

61) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書

중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.17. “治復氣乘冬, 足太陽寒水、足少陰腎水之旺. … 腰背胸膈閉塞, 疼痛, … 頭作陣痛, 目中流火, 視物眩暈, 耳鳴耳聾.”

62) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. pp.6-26.

<b>시간 경과</b>		
열이 얼마나 지속되고 있는가? ▪ 3주 이상 38.3℃ 이상	<b>원인 불명열</b>	肌熱, 燥熱, 困渴引飲, 目赤面紅, 晝夜不息**
▪ 지속적인 열	중추신경계 감염, 그람음성 균혈증	- (肌熱, 燥熱, 困渴引飲, 目赤面紅, 晝夜不息)*
▪ 주간 열 또는 일중열	비감염성 원인과 무관함	- (若是外得中熱之病, 必到日晡之際, 大作譫語, 其熱增加, 大渴飲水, 煩悶不止, 其勞役不足者, 皆無此證, 尤易爲分解)*
▪ 3일열(48시간 간격)	3일열 원충에 의한 말라리아	-
▪ 4일열(72시간 간격)	4일열 원충에 의한 말라리아	-
<b>동반증상</b>		
마른기침 +비충혈 +부비동 통증 +또는 인후통	<b>급성 인후염(바이러스 또는 세균), 부비동염, 상기도 감염</b>	咳 - - 噤痛
피부발적	봉소염(cellulitis), 정맥염, 진균감염, 약물 반응	- (目赤面紅)*
가래 끓는 기침 +또는 가쁜 호흡	<b>폐렴(바이러스, 세균, 진균), 기관지염, 결핵</b>	咳嗽/咳嗽痰沫 喘息/短氣少氣/上喘/氣高而喘/高喘/喘喝/氣短/氣促
피가 섞인 가래	폐렴, 기관지염, 결핵, 폐색전, 폐암	- (衄血/吐血)*
홍통	폐색전, 폐렴, 심낭염, 세균성 심내막염	-
소변을 볼 때 타는 듯한 통증	요로감염, 신우신염, 신세포암, 요도염, 전립선염	- (小便淋澀/小便淋)*
요혈	요로감염, 신우신염, 신세포암, 베게너육아종증, 전신홍반루프스, 신장 혈관성 질환	-
구역(오심 포함), 구토	<b>위장관염(바이러스 또는 세균), 담낭염, 담도염, 신우신염, 간염, 췌장염</b>	乾嘔/嘔/惡心欲吐/兀兀欲吐/吐逆
설사	<b>위장관염(바이러스 또는 세균), 감염성 대장염, 기생충감염, 과민대장증후군</b>	泄黃如糜/漉泄色白/大便滑泄/大便溇而頻
복부 통증	<b>위장관염(바이러스 또는 세균), 담낭염, 담도염, 신우신염, 간염, 췌장염, 췌장암, 간전이, 결절다발동맥염, 과민대장증후군</b>	腹痛/腹中痛/心腹疼痛/臍腹冷痛
노란 피부색(황달)	<b>담낭염, 간염, 간농양, 간에 침범한 암</b>	目黃/黃疸/發黃
오한, 전율	세균혈증, 심내막염	惡寒
야간발한	호지킨병(Hodgkin's disease), 비호지킨 림프종	-
+ 체중 감소	(Non-Hodgkin's Lymphoma), 신세포암	消瘦/肉脫
+또는 권태감		倦怠/懶動作/懶倦醫臥/怠惰醫臥/四肢困倦/怠惰/怠惰無力

관절 통증 또는 관절 강직	패혈성 관절염, 전신홍반루프스, 류마티스열, 거대세포동맥염, 베게너육아종증, 류마티스관절염, 결절다발동맥염, 과민대장증후군	- (體重節痛)*
두통	거대세포동맥염, 뇌수막염, 뇌염, 부비동염	頭痛
씹을 때 턱 통증 + 잦은 멍 + 잇몸출혈	거대세포동맥염, 백혈병, 림프종	- (頰腫/頰鎖腫)* - -
말하는 데 어려움 + 복시 + 팔다리 약화 + 또는 발작	뇌수막염, 뇌염, 대뇌출혈, 중추신경계 색전을 가진 심내막염	- - 脚膝痿軟/骨痿/痿厥 -
지속적인 의식 혼탁	뇌수막염, 뇌염, 패혈성 쇼크를 가진 세균성 감염	- (忡心亂/心惑/昏悶/昏愈)*

(\*) : 해당 항목이 없음을 나타내거나 유사하게 보이나 실제로는 무관한 내용

\*\* : 해당 항목과 관련이 있으나 명확하지 않은 내용

『내외상변혹론』에서 발열에 초점을 맞춘 질문을 검색한 결과(표 2), 감염 관련 질환으로 급성 인후염(바이러스 또는 세균), 부비동염, 상기도 감염, 페렴(바이러스, 세균, 진균), 기관지염, 결핵, 간염, 간농양, (급성)신우신염, 위장관염(바이러스 또는 세균), 감염성 대장염, 기생충감염을, 염증 관련 질환으로 췌장염, 담낭염, 담도염을, 기타로 과민대장증후군, 원인 불명열을 고려할 수 있다. 단, 발열을 진단할 때 감염, 염증 등으로 구분할 필요가 있기에 그 원인이 감염, 염증 등 여러 가지라면 편의상 ‘감염’으로 기술하였는데, 예를 들어 간염의 대표적인 원인은 환경 독소, 약물 중독, 바이러스 감염이다.

#### 다. 조절인자(잠재적 유발인자)

『내외상변혹론』<sup>63)</sup>에서 발열의 조절 인자(잠재적 유발인자)와 관련한 내용을 검색한 결과는 표 3과 같다.

『내외상변혹론』에서 발열의 조절 인자(잠재적 유발인자)와 관련한 내용을 검색한 결과(표 3), 발열의 조절 인자로서 외국에서 귀환한 여행객은 살균되지 않은 물 또는 유제품 섭취, 날것 또는 덜 조리된 육류 섭취로 인해 간염, 이질(살모넬라증, 아마베증, 브루셀라증)을, 대규모 난민이 노숙자 숙소와 같은 곳에서 거주했을 것이므로 결핵을 고려할 수 있다.

표 3. 『내외상변혹론』에 나타난 발열의 조절인자와 관련한 내용

항목	고려 사항	관련 임상 표현(CP)
조절인자(잠재적 유발인자)		
최근 치과 치료와 같은 시술	세균성 심내막염	-
새로운 약제 투여	약제열	-
최근 정신과 약물 복용	항정신성약물 약성 증후군	-
최근 입원 중 시행한 시술 ▪ 수술	농양, 상처감염	-

63) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. pp.6-26.

▪ 요로/정맥 내 기구 삽입	카테터 관련 요로감염, 균혈증	-
▪ 새로운 항생제 사용	칼로스트리듬(C. difficile) 대장염, 약제열	-
외국 여행 ▪ 살균되지 않은 물/유제품 섭취	살모넬라증, 이질, 간염, 아파베증, 브루셀라증	대규모 난민의 이주
▪ 날것/덜 조리된 육류 섭취	장내 감염, 조충증, 선모충증	대규모 난민의 이주
▪ 모기 물림	말라리아, 뎅기열, West Nile Virus 감염	-
▪ 진드기 물림	리케차병, 야토병, 수면병, 라임병	-
예방하지 않은 성적 접촉	급성 HIV, B형 또는 C형 간염, 매독, 임질, 심내막염	-
+ 또는 주사용 약물 재사용		-
노숙자 숙소	결핵	대규모 난민의 이주
+ 또는 감옥 생활		-
최근 고온에서 육체 활동	열사병	- (復有一節, 乘天氣大熱之時, 在於路途勞役得之, 或在田野間勞形得之 … 皆與陽明中熱白虎湯證相似)*
심장 판막 수술 이력	심내막염	-

(\*) : 해당 항목이 없음을 나타내거나 유사하게 보이나 실제로는 무관한 내용  
\*\* : 해당 항목과 관련이 있으나 명확하지 않은 내용

### 라. 진단적 접근

환자의 병력을 평가할 때 원내감염, 약제에 의한 발열 또는 외국에서 귀환한 여행객의 발열 같은 단서를 찾으며, 이러한 부분들이 가능성이 없다면 감염성 질환, 암 또는 염증성 질환과 같은 주요 부분의 문제들을 찾아내고, 그 이후 감별진단을 위해 자세히 질문한다.<sup>64)</sup>

『내외상변혹론』에서 발열에 대한 진단적 접근과 관련한 내용을 검색한 결과, 당연하게도 원내감염, 약제열(drug fever)과 같은 단서는 찾을 수 없다. 1232년 직전 변경으로 이주한 대규모 난민을 귀환한 여행객으로 취급한다면 표 2와 같이 결핵, 간염, 이질(살모넬라증, 아파베증, 브루셀라증)과 같은 감염 관련 질환을 고려할 수 있다.

이를 초점에 맞춘 질문과 관련한 분석 결과(표 2)와 종합하면, 『내외상변혹론』에 나타난 발열과 관

련한 감염 관련 질환으로 급성 인후염(바이러스 또는 세균), 부비동염, 상기도 감염, 폐렴(바이러스, 세균, 진균), 기관지염, 결핵, 간염, 간농양, (급성)신우신염, 위장관염(바이러스 또는 세균), 감염성 대장염, 기생충감염을, 염증 관련 질환으로 췌장염, 담낭염, 담도염을, 기타로 과민대장증후군, 원인 불명열을 고려할 수 있다.

진단적 접근 절차 이후에 감별진단을 위해 질문하는 절차가 남아있지만, 『내외상변혹론』에 감별진단이 가능한 내용이 기술되어 있지 않다. 또한 1232년 당시 내상병에 대한 인식, 묘사, 분류 등이 현재 한의학의 진단 또는 변증 체계와 부합하지 않으므로 감별진단 자체에 제한점이 있다.

### 마. 주의사항

발열은 일반적으로 신속한 평가가 필요하며, 통일된 진단을 얻기 위해서 관련 증상들과 잠재적 유발인자들을 많이 수집해야 한다.<sup>65)</sup> 그러나 변경대역에 대한 단서는 단편적인 기록에 불과하므로 통일된

64) 강재희. 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학. 서울. ㈜대한의학서적. 2010. p.62.

진단을 얻는 데 제한이 많이 따르며, 그 때문에 서로 다른 견해의 연구 결과가 존재한다.

또한 노인이나 면역력이 저하된 환자들은 젊은 사람이나 면역력이 있는 환자들처럼 열이 높게 올라가지 않으므로 이런 환자들은 미열이거나 열이 전혀 없을 수도 있다.<sup>66)</sup> 변경대역의 경우 기근과 전쟁으로 인해 영양불량 상태가 3개월 정도 지속된 상황이었기에 비록 감염, 염증과 같은 뚜렷한 원인 질환이 있었다라든가 미열 또는 열이 없을 수 있다는 특수성을 고려하여 그 원인 질환을 추론해야 더욱 정확하게 진단할 수 있다. 그러나 『내외상변혹론』에서 노인이나 면역력이 저하된 환자와 같은 특수 상황을 고려했음을 찾을 수 없다.

#### 바. 예후

『내외상변혹론』에서 높은 열(41℃ 이상), 발진, 의식과 감각 수준의 변화, 어지럼증 또는 어질어질함, 최근 항암제 투여, 숨가쁨과 흉통과 유사한 임상 표현을 찾을 수 있으나(표 1 참고) 실제로는 경고증상과 관계가 거의 없다고 판단된다.

한편, 『내외상변혹론』에서 찾을 수 있는 나쁜 예후로, 내상병의 오치(誤治)<sup>67)68)</sup> 외에 「변내상음식용약소의소금(辨內傷飲食用藥所宜所禁)」에서 중악(中惡)·객오(客忤)<sup>69)</sup>와 토법(吐法)을 사용해야 할 때 토

법을 사용하지 않은 경우<sup>70)</sup> 등이 있다. 그러나 이는 내상병 자체의 예후가 아니라 적절하지 않은 치료에 따른 불량한 예후이다.

결국, 『내외상변혹론』에 나타난 내상병 발열은 경고증상이 없으므로 예후가 불량할 확률이 매우 낮다고 추정할 수 있다.

#### 4. 변경대역과 내상병의 관계

지금까지의 대부분 연구는 이고가 변경대역 당시 크게 유행한 질병을 치료하기 위해 내상학설을 발명하여 적절히 치료하였다는 점을 전제한 것으로 보인다. 연구자는 그와 전제를 달리하여, 이고가 변경대역을 외감병으로 진단하고, 그것과 내상병을 잘 변별하였다는 관점으로 그 원인 질환을 구분하고자 한다.

이에 후향적 진단 기법으로 『내외상변혹론』에서 발열의 원인 질환을 분석한 결과에 근거하여 먼저 변경대역을 외감병의 일종으로 진단하는 동시에 그것과 내상병을 변별하였음을 논하고, 다음으로 이고가 발명한 내상병 발열의 원인에 대해 추가로 논하였다.

#### 가. 변경대역을 외감병의 일종으로 진단

이는 『내외상변혹론』(1247)에서 이고가 변경 전란에서 발생한 질병을 외감병의 일종으로 진단하고 『상한론』에 근거하여 외감병 치법을 따라 치료하였다고 보는 것이다.

『내외상변혹론』에서 1232년 당시 때어난 추위에 서 유행한 변경대역을 이고는 어째서 ‘역(疫)’ 또는 ‘한역(寒疫)’으로 표현하지 않고 굳이 상한(傷寒), 상풍(傷風), 한사(寒邪), 풍사(風邪), 풍한사(風寒邪) 등으로 표현하였을까?

그가 상한, 상풍, 한사, 풍사, 풍한사 등만 언급하였으므로 당시 유행한 외감병의 원인을 온사(溫邪), 즉 온역(溫疫)으로 인식하지 않았다고 볼 수 있다.

65) 강제희. 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학. 서울. (대한의학서적. 2010. pp.62-63.

66) 강제희. 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학. 서울. (대한의학서적. 2010. p.63.

67) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.7. “余在大梁, 凡所親見, 有表發者, 有以巴豆推之者, 有以承氣湯下之者, 俄而變結胸, 發黃, 又以陷胸湯, 丸及茵陳湯下之, 無不死者. 蓋初非傷寒, 以調治差誤, 變而似真傷寒之證, 皆藥之罪也.”

68) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.6. “飲食失節, 中氣不足之病, 當補不當瀉. 舉世醫者, 皆以飲食失節, 勞役所傷, 中氣不足, 當補之證, 認作外感風寒, 有餘客邪之病, 重瀉其表, 使榮衛之氣外絕, 其死只在旬日之間. 所謂差之毫厘, 謬以千里, 可不詳辨乎?”

69) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.22. “若中惡客忤, 心腹脹滿卒痛, 如錐刀刺痛, 氣急口噤, 停屍卒死者, 以暖水若酒服之.”

70) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.20. 又曰: 上部有脈, 下部無脈, 其人當吐, 不吐者死. 如但食不納, 惡心欲吐者, 不問一倍二倍, 不當正與瓜蒂散吐之, 但以指或以物探去之.

또한 그는 그 질병을 유행성을 뜻하는 ‘역(疫)’으로 규정하지 않았으며, 『비위론(脾胃論)』(1249)에서도 ‘역’ 또는 ‘한역’을 언급하지 않았다. 그렇다면 이고가 ‘역’ 또는 ‘한역’ 자체를 인식하지 못한 것일까?

일찍이 성무기(成無己)는 『주해상한론(注解傷寒論)·상한례(傷寒例)』(1144)에서 “춘분 이후 추분까지 기후가 갑자기 추워지는 것은 모두 시행한역(時行寒疫)이다. 3월, 4월에 간혹 갑자기 추우면 그때 양기가 아직 미약한 상태에서 한기(寒氣)에 의해 꺾이므로 열병이 오히려 가볍고, 5월, 6월에 양기가 이미 왕성한 상태에서 한기에 의해 꺾이므로 열병이 위중하고, 7월, 8월에 양기가 이미 쇠약한 상태에서 한기에 의해 꺾이므로 열병이 또한 미약하다. 그 병이 온병(溫病), 서병(暑病)과 서로 비슷하나 다만 치료에 다름이 있을 뿐이다.”<sup>71)</sup>라고 하였는데 당시 시행한역을 ‘광의의 상한’으로 인식하였음을 확인할 수 있다.

당시 의가가 『주해상한론』을 중요한 의학 정보로 인식, 수용하는 것은 지극히 당연하였으므로, 이고 역시 변경 전란 이후 5월의 비정상적인 추위를 당시 유행병 발생의 원인 또는 조건으로 인식하였다면 당연히 ‘시행한역’으로 판단하였을 것이다.

장중경(張仲景)이 『상한론(傷寒論)·원서(原序)』에서 남긴 “나의 친척이 본래 많아서 그 전에 200여 명이었다가 건안(建安) 기년(紀年), 즉 196년 이후 10년도 되지 않아서 사망한 자가 ½에 달하였고, 그 중 상한(傷寒) 때문에 사망한 자가 70%나 되었다.”<sup>72)</sup>라는 기록에 따르면 장중경의 일가가 걸렸던 당시 상한병의 치명률은 약 46.7% 이상으로 추정할 수 있으며, 이 추정치는 앞에서 1232년 당시 변경

의 총인구 200만 명 중에서 당시 유행한 질병에 의한 사망자 규모가 100만 명으로 추정된 치명률 50%와 거의 비슷하다. 따라서 변경 전란 이후 비정상적인 추위와 함께 유행한 질병을 ‘한역’의 개념이 포함된 ‘광의의 상한’으로 판단했을 것이다.

한편, 왕성광(王星光) 등은 변경 전란 후 발생한 질병에 대해 이고가 정확히 진단, 치료하지 못하였다는 위신종(余新忠)의 주장에 다음과 같이 반대하였다. 위신종(余新忠)은 『동원시효방·잡방문·시독치험』의 “당시 속담에 ‘대두천행이 생기면 친척끼리 서로 방문하지 못하며, 만약 전염되면 구제하지 못하는 경우가 많다.’라고 하였다.”<sup>73)</sup>라는 기록에 근거하여 변경대역의 묘사에서 전염성이 없는 것은 전염병을 진료한 경험이 있는 전문가가 없었기 때문이며, 『집운(集韻)』 “역(疫)은 질병이 유행하는 것이다.”<sup>74)</sup>에 따르면 ‘역(疫)’자에 본래 대규모로 ‘유행’한다는 의미는 있으나 ‘전염’을 의미하는 것이 아니었는데 사람들이 점차 사람 사이의 ‘전염’, 즉 ‘전파’로 해석<sup>75)</sup>하였다고 분석하였다.

그러나 왕성광(王星光) 등은 위신종(余新忠)의 분석이 당시 사람들의 역병(疫病)에 대한 인식을 제대로 이해하지 못한 것이며, 이고가 당시 전문 의학지식을 갖추었을 뿐만 아니라 그 병이 전염된다는 사실도 이미 알았으므로 ‘역’에 대한 그의 정의가 전염성이 있는 질병임이 확실하다고 평가하였다.<sup>76)</sup>

이고가 하남성 제원현에서 만난 대두천행을 보제소독음자(普濟消毒飲子)로 많은 사람을 치료했다는 기록 외에도, 일찍이 『소문·자법론(刺法論)』에 “다섯 가지 역병(疫病)이 이를 때 모두 서로 전염되니 성인과 소아를 불문하고 증상이 서로 비슷하다.”<sup>77)</sup>라

71) 成無己 著. 張國駿 主編. 注解傷寒論(成無己醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 2004. p.53. “從春分以後, 至秋分節前, 天有暴寒者, 皆爲時行寒疫也. 三月四月, 或有暴寒, 其時陽氣尚弱, 爲寒所折, 病熱猶輕; 五月六月, 陽氣已盛, 爲寒所折, 病熱則重; 七月八月, 陽氣已衰, 爲寒所折, 病熱亦微. 其病與溫及暑病相似, 但治有殊耳.(此爲疫氣也. 是數者, 以明前斗曆之法, 占其隨時氣候, 發病寒熱輕重不同耳.)”

72) 成無己 著. 張國駿 主編. 注解傷寒論(成無己醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 2004. p.7. “余宗族素多, 向餘二百, 建安紀年以來, 猶未十稔, 其死亡者, 三分有二, 傷寒十居其七.”

73) 李杲 著. 張年順 等 主編. 東垣試效方(李東垣醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 1999. p.270. “俗云, 大頭天行, 親戚不相訪問, 如染之, 多不救.”

74) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.155. 戴인용(丁度. 集韻. 北京. 中國書店. 1983. p.983. “疫, 病流行也.”)

75) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.155.

76) 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫的誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1. p.156.

77) 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울. 東洋醫學研究院出版部. 1985. p.285. “五疫之至, 皆相染易, 無問大小, 病狀相似.”

는 기록이 있고, 당대(唐代) 손사막(孫思邈)은 역병(疫病)의 전염을 막기 위해 벽온(辟溫)을 증시하여 그 방법으로 도소주(屠蘇酒), 벽온병분신산(辟溫病粉身散) 등을 기록하였고,<sup>78)</sup> 송대(宋代) 방안시(龐安時; 1042~1099)의 『상한총병론』에 온역(溫疫)이 공기를 통해 전파되어 호흡을 통해 들어간다는 기록과 함께 벽온(辟溫) 방법을 계승하였고,<sup>79)</sup> 그 이후 금원대(金元代), 명대(明代), 청대(清代)에 걸쳐 이와 같은 역병의 전염성과 전파를 막는 벽온(辟溫)이 기재된 의서(醫書)를 발견하기 어렵지 않다.

결론적으로, 이고가 변경대역의 유행성을 인지한 상태에서 그 질병을 상한과 같은 외감병으로 진단했다는 관점은 당시 의학 지식과 수준을 고려할 때 보편타당하다. 다만, 여기에서의 ‘외감병’은 『상한론』에서 언급한 질병과 달리 유행 규모가 한정되어 있으면서도 치명률은 매우 높은 특징이 있다.

이를 근거로 앞의 분석 결과로부터 변경대역의 원인 질환 범위를 추정하면, 급성 인후염, 상기도감염, 폐렴, 기관지염, 결핵 등 각종 호흡기 감염과 간염, 간농양, (급성)신우신염, 위장관염(바이러스 또는 세균), 감염성 대장염, 기생충감염을 포함할 뿐만 아니라, 염증 질환(체장염, 담낭염, 담도염 등) 중 유행 매개체가 있는 경우까지 포함할 수 있다.

#### 나. 변경대역과 내상병을 잘 변별

이는 『내외상변혹론』에서 이고가 변경 전란에서 때어난 기후 등에 의해 촉발된 외감병, 즉 변경대역과 별개로 기포, 노권 등으로 인한 내상병이 확연히 구분됨을 인식하고, 기존의 외감병 치법과 확연히 다른 내상병 치법을 적용하고 그에 따라 치료하였다고 보는 것이다.

먼저, 변경대역에 대한 이고의 인식, 묘사, 분류가 장개빈(張介賓) 등 온보학과 또는 왕사옹 등 온병학과의 그것과 일치하지 않다는 점을 검토할 필요가 있다.

78) 尹暢烈 編譯. 韓中醫學各家學說. 大田. 周珉出版社. 2006. p.188.

79) 尹暢烈 編譯. 韓中醫學各家學說. 大田. 周珉出版社. 2006. p.226.

『금사애중본가상』(1344)에서 “1232년 … 5월 신묘(辛卯) 일에 기후가 “매우 쌀쌀하여 겨울 같았고, 밀국공(密國公) 숙(壽)이 돌아가셨다.”<sup>80)</sup>라는 기록에 따라 청대 온병학과 왕사옹은 그 병을 ‘온병’으로 진단하였다. 그러나 1232년 당시 의료 지식을 고려할 때 청대 왕사옹의 진단과 다른 판단이 더 합리적이었을 것이다.

예를 들어 이천(李樾)은 『주해상한론상한례』의 시행한역을 인용하면서 그 예후와 치료를 보충하여 “춘분부터 추분까지 급격한 추위로 생기는 것을 ‘한역(寒疫)’이라고 하는데 겨울의 상한과는 비교되지 않을 정도이다. 3월, 4월에 간혹 갑자기 추우면 … 열병이 오하려 가깝고, 5월, 6월에 … 열병이 위중하고, 7월, 8월에 … 열병이 또한 미약하다. 그 병이 온병(溫病), 서병(暑病)과 서로 비슷하나 다만 치료에 차이가 있을 뿐이다. … 자세히 말하면, 온병, 서병의 복한(伏寒)은 안에서 발생한 것이지만 한역은 밖으로부터 들어오는 것이니, 마땅히 조중탕(調中湯)을 기본으로 하되 당시 기후의 한열(寒熱), 경중(輕重)에 따라서 신량(辛涼), 신온(辛溫)의 약물로 가감한다. 자세히 말하면, 감축이 가벼운 경우 감모(感冒) 약제 내에서 찾는다.”<sup>81)</sup>라고 하였다. 이천은 겨울철이 아닌 계절에 한사(寒邪)로 발생하는 질병을 정상한(正傷寒), 즉 전형적인 상한병의 일종인 한역으로 분류하고, 그 예후가 겨울철의 상한병과는 비교되지 않을 정도로 가벼운 편이라고 인식하였다.

여기에서 말한 ‘조중탕’은 『외대비요(外臺秘要)』(752), 『태평혜민화제국방(太平惠民和劑局方)』(1078), 『유문사친(儒門事親)』(1228) 등 다수 서적에서 다양한 약물로 구성된 같은 이름의 처방들이 존재한다.

80) 脫脫 等 撰. 金史本紀 第十七 哀宗 上. [cited on April 23, 2023]: Available from:

<https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=51793> “天興元年 … 五月, 辛卯, 大寒如冬. 密國公壽薨.”

81) 李樾. 醫學入門(下). 서울. 南山堂. 1991. pp.1118-1119. “春分至秋分, 暴寒, 曰寒疫, 非冬月傷寒比也. 三月四月, 或有暴寒, 陽氣尙弱, 爲寒所折, 病熱猶輕, 五月六月, 陽氣已盛, 爲寒所折, 病熱則重. 七月八月, 陽氣已衰, 爲寒所折, 病熱亦微. 傷之者, 其病與溫暑相似, 而治則殊者, 蓋溫暑伏寒, 自內而發, 寒疫, 自外而入, 宜調中湯爲主, 隨時氣候, 寒熱輕重, 而以辛涼辛溫之藥加減. 蓋折者, 折抑陽氣, 鬱而爲熱也. 感之輕, 而陽氣不爲所折, 未至發熱者, 當於感冒藥中求之.”



『의학입문』에서 언급한 조중탕(葛根, 黃芩, 芍藥, 蘘本, 白朮, 桔梗, 茯苓, 甘草 各五分)<sup>82)</sup>은 그 약물 구성과 주치증(主治症)으로 비추어 볼 때 『외대비요』에 실린 조중탕(大黃 2兩, 葛根 2兩, 黃芩 2兩, 芍藥 2兩, 桔梗 2兩, 茯苓 2兩, 蘘本 2兩, 白朮 2兩, 甘草(炙) 2兩)<sup>83)</sup>에서 기원한 것으로 추정할 수 있다.

조중탕의 주치증에 대해서 『외대비요』에서 “여름철과 초가을에 갑자기 추위가 있어서 왕성한 열을 꺾어서 그 열이 사지에 뻗으면 사지에 고열이 있고 두통이 있으며, 한(寒)이 위장을 상하여 이질로 간혹 피 또는 물을 설사하거나 또는 적대하(赤帶下)가 있거나 고열과 함께 가슴이 답답하고 맥이 가늘면서 빠른 경우 아래의 처방(조중탕)이 마땅하다.<sup>84)</sup>라고 하였는데, 『의학입문』에서 “여름, 가을에 갑자기 추워져서 생긴 역려(疫癘)에서 왕성한 열을 꺾어서 그 열이 사지에 뻗으면 사지에 고열이 있고 두통과 복부 불편 등 증상을 치료한다. 만약 갑자기 날씨가 (덥지 않고) 따뜻해서 기육(肌肉)의 발열, 번열(煩熱), 갈증이 있으면 맥문동(麥門冬)을 더한다. 만약 날씨가 갑자기 추워지고 위장을 상하여 표리(表裏)에 사기가 왕성하여 간혹 열성 이질로 피와 물을 설사하고 맥(脈)이 삭(數)한 것과 해 목은 장독(臟毒)으로 하혈(下血)이 멎지 않는 경우는 모두 대황(大黃) 7돈을 더하여 설사시키고, 1시진(2시간) 지나면 다시 복용하여 설사하면 고열이 저절로 그친다.”<sup>85)</sup>라고 하였다. 이처럼 『의학입문』에 실린 조중탕의 주치증은 『외대비요』의 그것과 대동소이함을 알 수 있다.

결국, 명대(明代) 『의학입문』에 언급한 한역(寒疫)

과 조중탕의 주치증으로 판단하면, 당대(唐代) 『외대비요』의 조중탕은 당대 이후 명대에 이르기까지 한역(寒疫)의 치료에 널리 사용되었다고 추정할 수 있다.

결국, 이고가 변경 전란에서 발생한 질병, 즉 변경대역이 비록 때아닌 기후에 의해 촉발되어 유행하는 상황에서 외감병과 확연히 다른 내상병의 특징을 발견하고 그 특성에 맞게 치료하였다고 볼 수 있다. 이는 『의학입문』에 “내상이 심하고 외감이 가벼우면 마땅히 보양(補養)을 우선으로 한다.”<sup>86)</sup>라는 치료원칙에도 부합한다. 다만, 현대의학에서 과로, 기아 등으로 허약한 환자라도 치명률이 높은 질병이 유행하는 상황이라면 그 전과를 막기 위해 긴급히 격리하고, 그 질병 자체에 대한 적절한 조치를 우선하는 원칙과 큰 차이가 있다.

또 유의할 점은, 이고가 발명한 내상병의 개념과 그에 대한 처방, 처방 등은 변경대역에서 유행한 질병에 노출된 환자 또는 그 유행성 질병 환자 중에서 의사의 잘못된 치료를 겪은 자를 주 대상으로 삼지 않고, 발열, 오한 등 외감병의 초기 증상과 유사한 내상병 환자를 대상으로 하였으며, 그가 치료한 내상병의 예후는 대부분 양호하였다.

결론적으로, 내상병 발열의 양호한 예후와 변경대역, 당시 유행한 전염병의 치명률을 비교하면 두 가지가 큰 차이가 있어 서로 다름을 확인할 수 있다. 따라서 이고가 변경대역, 즉 당시 유행한 질병 자체를 내상병으로 진단한 것이 아니라 양자를 잘 변별했다고 보는 것이 타당할 것으로 본다. 덧붙이자면, 이고 등이 보증익기탕을 변경대역 자체를 치료하는 데 주로 사용하였다는 것을 전제하면서 보증익기탕이 온병과 같이 치명률이 높은 전염병에 대해 일반적인 치료 방법이 아니라는 왕사옹의 평가<sup>87)</sup>가 이를 방증한다.

이를 근거로 앞의 분석 결과로부터 변경대역 상황에서 발생한 내상병 자체의 원인 질환 범위를 추정하면, 과민성대장증후군, 원인불명열을 포함할 수

82) 李梴, 醫學入門(下), 서울, 南山堂, 1991. p.1230.

83) 王燾, 外臺秘要(欽定四庫全書 子部五 醫家類 4.), 서울, 大星文化社, 1995. p.70.

84) 王燾, 外臺秘要(欽定四庫全書 子部五 醫家類 4.), 서울, 大星文化社, 1995. p.69. “療夏月及初秋, 忽有暴寒, 折於盛熱, 熱結四肢, 則壯熱頭痛, 寒傷於胃, 則下痢, 或血或水, 或赤帶下, 壯熱且悶, 脈微且數宜下之方.”

85) 李梴, 醫學入門(下), 서울, 南山堂, 1991. p.1230. “治夏秋暴寒疫癘, 折於盛熱, 熱結於四肢, 則壯熱頭疼, 及肚腹不和等證. 如暴溫, 肌熱煩渴, 加麥門冬. 如暴寒, 傷胃, 表裏邪盛, 或便閉, 或協熱下利血水, 脈數, 及年久臟毒下血不止者, 俱加大黃七錢, 下之, 移時再服, 得利, 壯熱自止.”

86) 李梴, 醫學入門(下), 서울, 南山堂, 1991. p.1330.

87) 王士雄 著, 盛增秀 主編, 溫熱經緯(王孟英醫學全書 中), 北京, 中國中醫藥出版社, 1999. p.87. “然則李, 羅二家之說, 又未可爲兵後病疫之定法矣.”

있다.

### 다. 내상병 발열의 원인 질환

이고가 인식한 내상병의 원인은 노권, 기포 등이므로 내상병 자체는 외감병의 원인, 즉 육음과 전혀 관계가 없다.

앞서 분석한 결과에서 『내외상변혹론』에서 발열의 주요 원인은 감염 질환, 염증 질환, 과민대장증후군, 원인 불명열로 추정할 수 있다. 내상병 발열의 원인 질환은 유행성이 없으므로 그 범위를 좁힐 때 유행성 높은 감염 질환과 염증 질환 중 유행 매개체가 있는 경우를 배제할 수 있다. 그 결과, 내상병 발열의 원인 질환으로 염증 관련 질환 중 체장염, 담낭염, 담도염을, 기타로 과민대장증후군, 원인 불명열을 꼽을 수 있다.

그 결과에서 동반증상을 근거로 내상병 발열의 원인 질환 범위를 더욱 좁힐 수 있다. 급성체장염의 동반증상은 명치의 심한 통증이며, 급성담낭염의 그것은 발열, 오심구토, 복통이며, 급성 담도염의 그것은 발열, 복통, 황달이며, 과민대장증후군의 그것은 점액질 변, 복통, 복부팽만, 잦은 트림, 방귀, 전신 피로, 두통, 불면 등이다. 네 가지 질환 모두 복통이 나타나는데 그중 세 가지 염증 질환은 발열 외에 복통이 뚜렷하면서도 심하여 즉시 치료하지 않으면 예후가 나빠서 내상병 발열의 예후와 크게 다르므로 세 가지 염증 질환은 모두 배제할 수 있다. 결국, 내상병 발열의 원인 질환은 과민대장증후군과 원인 불명열로 그 범위를 좁힐 수 있다.

이 결과는 기능성 발열(functional fever), 중앙혈액질환, 결합조직질환(CTD), 내분비질환, 만성 감염성질환, 원인 불명열(Fever of unknown origin, UFO)에서 내상발열의 임상 표현이 나타날 때 그 변증논치를 참고<sup>88)</sup>할 수 있다는 것으로 일부 반영되어 있다.

덧붙일 점은, 『내외상변혹론』에서 이고가 1217년 동평, 태원, 봉상에서도 변경과 비슷한 질병으로 사망자가 다수 발생하였음을 지적한 것처럼, 그가 내

상병을 치료하기 시작한 것이 변경대역 발생 직후가 아니라는 것이다. 『내외상변혹론』(1247)의 초고가 1231년 완성되었지만 1232년 변경대역이 그 책에 언급된 것으로 판단할 때, 그가 내상병을 발명하게 된 직접 계기는 1217년 전란 후 크게 유행한 질병과 관련이 있다. 그로부터 다시 15년 지난 1232년 변경대역이 유행할 때 그가 발명한 내상학설을 적용하여 치료하였고, 그 후 『내외상변혹론』을 완성하기까지 다시 15년 동안 장기간(총 30년) 임상경험을 통해 자신의 학설을 당시 의료의 수준과 상황에서 엄밀하게 검증하였음을 알 수 있다.

또한 주목할 점은, 이고가 내상학설을 발명하게 된 계기는 비록 비교적 짧은 기간의 전쟁에서 유행, 만연(蔓延)한 질병을 마주친 것이지만, 전쟁이 그친 이후에도 여전히 내상병을 치료하였다는 사실이다. 이 단서 역시 그가 변경대역 당시 치료한 질병은 변경대역, 즉 당시 유행한 전염병 자체가 아니라 내상병이었음을 가리킨다.

## 5. 외감병과 내상병의 병발(併發)

『내외상변혹론』에서 외감병과 내상병을 변별하는 방법을 제시하였는데, 이를 변경대역 당시 상황으로 적용하여 논하고자 한다. 외감병과 내상병이 동시에 발병하는 상황이라면 그 외감병에 변경대역이 포함된 것인가에 대한 문제를 다루고자 한다.

### 가. 내상병 발열의 원인 질환은 허약한 사람의 감염 질환

앞에서 『내외상변혹론』에서 이고가 외감병의 일종인 변경대역 자체를 치료한 것이 아니라, 변경 전란 당시 발생한 내상병을 외감병과 적절히 변별하였고 그에 따라 내상병을 적절히 치료했음을 논하였다. 즉, 변경대역 당시 이고의 주된 치료 대상은, 변경대역 자체, 즉 외감병이 아니라 내상병이었다는 지적이다.

유의할 점은, 『내외상변혹론』에서 말한 내상병은, 외감병이 전혀 없이 내상병 100%인 상황만 포함하는 것이 아니라, 내상병에 외감병을 약간 겸한 상황, 즉 내상병의 구성 비율이 50% 초과하면서 외감병의

88) 張伯奭 主編. 中醫內科學. 北京. 人民衛生出版社. 1988. p.655.

그것이 50% 미만인 상황까지 포함한다. 이때 그 구성 비율은 두 가지 질병에서 각각 나타나는 특징, 예후 등을 근거로 종합적으로 판단한다.

덧붙이자면, 외감병을 현대의학 관점에서 어떤 질환과 관련이 있다고 보아야 할까? 『중의내과학』에 따르면, 육음(六淫)에 의해 발생하는 외감병은 감모, 해수, 폐위, 폐옹, 심계(心悸), 흉비(胸痺), 전광(顛狂), 간증(癲證), 위통(胃痛), 열격(噎膈), 구토, 설사, 변비, 복통, 황달, 두통(頭痛), 경증(癭證), 요통(腰痛), 이명(耳鳴), 비증(痺證) 등 다양한 증상 또는 임상 표현과 두루 관련이 있고 그 증상은 각각 다수의 원인 질환이 관련<sup>89)</sup>되어 있다.

(1) 허약한 사람의 유행성 감모(感冒)

모우원팡(牟允方)은 변경대역의 급성전염병은 그 증후가 상한과 비슷하므로 유행성 감모(感冒)에 해당하며, 이고가 당시 허약한 사람의 감모를 치료하였고 그가 발명한 감온제열법(甘溫除熱法)은 『금궤요략(金匱要略)』의 소건중탕(小建中湯)에서 기인한 것이고 그 처방은 계지탕에서 변화한 것이라고 주장<sup>90)</sup>하였다. 그는 이고가 언급한 상한을 ‘광의의 상한’이 아니라 ‘풍한감모(風寒感冒)’와 같은 협의의 개념으로 여겼다고 본 것이다.

모우원팡(牟允方)은 또한 이고의 내상병을 이해하고자 보중익기탕의 임상 응용을 분석하였다. 「사시용약가감법(四時用藥加減法)」에서 “손으로 어루만져 보아 체표에 열이 있는 자는 표증(表證)이다. 단지 보중익기탕 1, 2첩 복용하여 약간 땀이 나지만 해도 낫는다. 이는 전형적인 발한(發汗)이 아니라 음양의 기가 조화롭게 되어 자연스럽게 나는 땀이다.”<sup>91)</sup>라는 설명에 대해 모우원팡(牟允方)은 보중익기탕을 이용한 발한은 신온(辛溫)을 이용한 것과 기본적으로 같다고 평가하고, 장개빈, 왕인암(汪詒庵), 왕사

옹의 주장으로 뒷받침하였다.<sup>92)</sup>

변경대역의 치명률은 유행성 감모의 그것과 비교할 수 없을 정도로 높으므로, 이고가 ‘변경대역’을 당시 허약한 사람의 유행성 감모로 진단, 치료하였다는 모우원팡(牟允方)의 주장은 긍정하기 어렵다. 다만, 이고가 변경대역 당시 ‘내상병 환자’가 유행성 감모, 즉 외감병을 함께 앓았을 때 이를 적절히 치료한 상황으로 해석하는 것은 무리가 없다.

즉, 이고가 『내외상변혹론』에서 변별한 외감병에 변경대역과 같이 치명률이 높은 원인 질환이 포함되어 있을 뿐 아니라, 상대적으로 유행성은 높으나 치명률이 낮은 원인 질환, 즉 유행성 감모가 포함되어 있을 수 있다.

다만, 감모는 일반적으로 코, 부비동, 인후 내막 등 상기도의 바이러스성 감염으로서 그 전형적인 임상 표현이 인통(咽痛, sore throat), 비색(鼻塞, stuffy nose), 해수(咳嗽, cough), 전신 통증 등으로 나타나는 데 비하여, 『내외상변혹론』에서는 인통을 거의 언급하지 않았다. 예를 들어 「사시용약가감법」, 삼출조중탕(參朮調中湯), 신성복기탕, 십조탕(十棗湯) 등에서 해수를 언급하였지만, 인통에 대해서는 함중(頰腫)을 동반한 익통(噎痛)<sup>93)</sup>으로 1건 언급하였을 뿐이었다. 또한 내상병과 외감병을 변별하기 위해 양증(陽證)·음증(陰證), 맥(脈), 한(寒)·열(熱), 외감팔풍(外感八風), 수심(手心)·수배(手背), 구비(口鼻), 기소(氣少)·기성(氣盛), 두통, 근골사지의 통증, 오식(惡食)·불오식(不惡食), 갈증 유무, 표허증(表虛證)과 변별, 중열(中熱)과 변별 등을 그 기준으로 포함하였지만, 인통, 익통(噎痛)은 포함하지 않았다. 참고로, 인건(咽乾)에 대한 언급은 오직 「음식노권론(飲食勞倦論)」, 「사시용약가감법」, 「논주객병(論酒客病)」에서 찾아볼 수 있는데, 인건은 고열 후 진액 부족, 즉 탈수와 관련된 증상으로 추측할 수 있다.

후향적 진단기법으로 분석한 결과 중에서 양호한 예후와 유행성을 함께 고려하여 내상병과 병발하는

89) 張伯臾. 中醫內科學. 北京. 人民衛生出版社. 1996.  
90) 牟允方. 關於東垣內傷類似傷寒的我見. 中醫雜誌. 1962. 11. pp.39-40.  
91) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.12. “以手捫之而肌表熱者, 表證也. 只服補中益氣湯一二服, 得微汗則已. 非正發汗, 乃陰陽氣和, 自然汗出也.”

92) 牟允方. 關於東垣內傷類似傷寒的我見. 中醫雜誌. 1962. 11. pp.39-40.  
93) 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.12. “噎痛頰腫, 脈洪大, 面赤者, 加黃芩, 甘草(以上各三分), 桔梗(七分)”

외감병 발열의 원인 질환 범위를 판단하면, 급성 인후염(바이러스 또는 세균), 부비동염, 상기도 감염, 기관지염, 위장관염(바이러스 또는 세균), 감염성 대장염 등을 포함할 수 있다.

### 나. 내상병 환자가 외감병을, 외감병 환자가 내상병을 겸한 경우

이고는 본래 『내외상변혹론』에서 내상병에 겨울철 해수를 겸하면 보중익기탕에 마황을 가미(加味)함<sup>94</sup>만을 언급하였다. 그 뒤 왕인암은 『의방집해(醫方集解)』(1682)에서 “『증치준승(證治準繩)』에서 말하였다. 주진형(朱震亨; 1281~1358)이 상한병을 치료할 때 보중익기탕을 흔히 사용하였다. 기허(氣虛)한 자는 사군자탕(四君子湯)에 발산약을 더하고 혈허(血虛)한 자는 사물탕(四物湯)에 발산약을 더한다.”<sup>95</sup>라고 하였는데, 이는 주진형이 상한병의 치료에 보중익기탕을 널리 응용하였을 뿐 아니라 기허, 혈허 환자가 걸린 상한병의 치료로까지 확대, 응용하였음을 알 수 있다. 또한 이천은 『의학입문』(1575)에 “내상이 심하고 외감이 가벼우면 마땅히 보양(補養)을 우선으로 한다.”<sup>96</sup>라고 하여 내상병과 외감병이 함께 걸린 상황에서 두 가지를 변별하는 특징의 비율에 따라서 치료가 다를 것을 주장하였는데, 내상병과 함께 발생한 외감병은 그 종류와 관계없이 예후가 양호하다는 전제가 있는 것이다. 조헌가(趙獻可)는 『의관(醫貫)』(1617)에서 “이고의 『비위론』과 『내외상변혹론』은 기포, 노일(勞逸) 등의 병이 모두 내상이며 모두 상한과 비슷하나 발한, 공하를 절대로 금하는데, 내상이 많고 외감이 적으면 단지 온보(溫補)만 하지 발산할 필요가 없으며, 외감이 많고 내상이 적으면 온보약(溫補藥)에 발산약을 조금 더 하니 보중익기탕 처방 하나를 위주로 하여 가감(加

減), 출입(出入)한다. 가령 내상에 상한을 겸한 경우는 보중익기탕 본방(本方)에 마황을 더하며, 상풍을 겸한 경우는 본방에 계지(桂枝)를 더하며, 상서(傷暑)를 겸한 경우는 본방에 황련(黃連)을 더하며, 상습(傷濕)을 겸한 경우는 본방에 강활(羌活)을 더한다. 이는 실제로 만세무궁의 이익이 있으니, 이고가 양허(陽虛) 발열의 한 분야를 특별히 발명한 것이다.”<sup>97</sup>라고 하였는데, 이는 보중익기탕 활투(活套)를 더욱 확대, 응용한 것이다. 독특하게도, 장개빈은 『경약전서』(1624)에서 내상병 발열에서 두통, 오한 등 외감병과 같은 증상이 나타나는 이유에 대해서, 비록 내상이 원인이라도 실제로는 외감이 (겸하여) 있으며 비록 외감이 있더라도 실제로는 내상이 원인이기 때문<sup>98</sup>이라고 주장하였는데, 보중익기탕을 내상병 단독이 아니라 한사(寒邪)를 겸한 내상병 발열의 치료에 적합하다고 평가한 것이다.

종합하면, 이고가 내상병이 겨울철 해수를 겸할 때 보중익기탕에 마황을 가미하여 치료한 활투(活套)를 주진형은 기허, 혈허 환자가 걸린 상한병에 사군자탕, 사물탕에 발산약을 가미하는 방식으로 확대, 응용하는 동시에 상한병 치료에 두루 보중익기탕을 사용하였고, 그 뒤 이천 등 여러 의가가 다시 주진형의 응용 방식을 본떠서 상한, 상풍, 상서, 상습 등 더 폭넓은 외감병을 겸한 내상병의 치료로까지 한층 더 확대, 응용하였다. 특히 지적할 점은, 내상병과 외감병이 병발한 상황에서 두 가지 구성 비율에서 내상병의 그것이 외감병의 그것보다 더 크다면, 그 예후가 양호한 것으로 판단한다는 점이다.

94) 李昉 著, 張年順 等 主編, 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 중), 北京, 中國中醫藥出版社, 2006. p.12. “如冬月咳嗽, 加不去根節麻黃(五分)”

95) 汪詒庵, 醫方集解, 大北, 文光圖書有限公司, 1986. p.131. “李士材曰: 虛人感冒, 不任發散者, 此方可以代之. … 『準繩』曰: 丹溪治傷寒, 多用補中益氣湯; 氣虛者, 四君子加發散藥, 血虛者, 四物湯加發散藥.”

96) 李樞, 醫學入門(下), 서울, 南山堂, 1991. p.1330.

97) 趙獻可, 醫貫, 서울, 도서출판 정담, 1993. p.30. “東垣脾胃論, 與夫內傷外感辨, 深明饑飽勞逸發熱等證, 俱是內傷, 悉類傷寒, 切戒汗下, 以為內傷多, 外感少, 只須溫補, 不必發散, 外感多而內傷少, 溫補中少加發散, 以補中益氣湯一方為主, 加減出入. 如內傷兼傷寒者, 以本方加麻黃, 兼傷風者, 本方加桂枝, 兼傷暑者, 本方加黃連, 兼傷濕者, 本方加羌活, 實萬世無窮之利, 東垣特發明陽虛發熱之一門也.”

98) 張介賓 著, 李志庸 主編, 景岳全書(張景岳醫學全書 중), 北京, 中國中醫藥出版社, 1999. p.1076. “勞倦饑飽不時, 而致寒熱往來者, 以饑時臟氣餒, 勞時腠理開, 腠理開則邪易感, 臟氣餒則邪易入. 所以饑飽勞倦不慎者, 多令人為頭痛發熱惡寒等證. 雖曰此由內傷, 而實有外感, 雖有外感, 而實以內傷. 故東垣制補中益氣湯, 以參, 芪, 歸, 朮, 而加之升, 柴, 以助生長之氣, 使胃氣上升, 則氣復於中, 而陽達於外, 此實和解之良法也.”

결국, 이고가 내상병에 대한 전문적인 치료를 받  
 명한 이후 수많은 의가가 내상병 단독뿐만 아니라  
 외감병을 겸하더라도 내상병 범주에서 치료하였으  
 며, 그 예후도 양호하다고 여겼음을 알 수 있다. 내  
 상병에 걸린 허약한 환자가 외감병을 겸했을 때 외  
 감병의 종류와 무관하게 그 예후가 대체로 양호하다  
 고 여긴 점으로부터 그 외감병의 원인 질환을 추정  
 하면, 그 범위를 호흡기 질환을 포함한 각종 감염  
 관련 질환 중 예후가 양호한 경우(유행성 감모 등)  
 뿐만 아니라 염증 질환 중 예후가 양호한 경우까지  
 포함할 수 있다.

『내외상변혹론』에서 언급한 1232년 변경대역(汴  
 京大疫)의 원인 질환과 내상병 발열의 원인 질환의  
 관련성을 간략히 나타내면 그림 1과 같다.

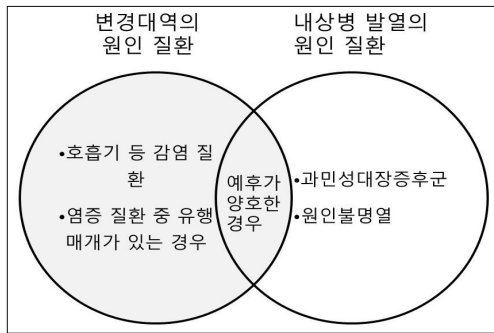


그림 1. 변경대역과 내상병 발열의 원인 질환의  
 관련성

다시 말하면, 이고가 내상병과 외감병이 병발(併  
 發)한 발열을 치료한 환자군에 1232년 변경대역(汴  
 京大疫), 즉 당시 유행했던 감염 관련 질환 중 예후  
 가 양호한 경우, 염증 질환 중 예후가 양호한 경우  
 가 일부 포함되어 있다고 볼 수 있다.

끝으로 덧붙이자면, 이 연구 방법으로 사용된 후  
 향적 진단은 근본적인 한계가 있음을 거듭 밝힌다.  
 지금은 대부분의 급성 열성질환은 병력, 진찰, 혈액  
 및 방사선 검사 등을 통해 구체적인 원인을 규명할  
 수 있지만 1232년 당시 유행한 변경대역의 원인 질  
 환에 대한 분석은 오로지 병력과 임상 진단에 의존  
 하므로 원인 질환의 범위를 좁히는 과정에서 오류가

있을 수 있으며, 당시 질병에 대한 인식, 묘사, 분류  
 등은 현재의 그것과 완전히 같지는 않으므로 그 영  
 향을 피할 수 없다.

## IV. 결론

『내외상변혹론』에서 언급한 1232년 변경대역(汴  
 京大疫), 즉 당시 유행했던 질병의 원인 질환과 내  
 상병 발열의 원인 질환의 관련성을 규명하고자 시도  
 하였다.

먼저 선행연구에 근거하여 변경대역의 상황을 검  
 토하였고, 다음으로 발열의 원인 질환 범위를 좁히  
 기 위해 후향적 진단 기법을 사용하여 임상 표현  
 (CP) 중 발열( fever)을 위주로 일차 진료 수준에서  
 경고 증상(warning signs), 초점에 맞춘 질문하기  
 (asking focused questions), 진단적 접근(Diagnostic  
 approaches), 주의사항, 예후(Prognosis) 등으로 나  
 누어 분석하였다.

그 결과에 근거하여 변경대역을 외감병의 일종으  
 로 진단하는 동시에 그것과 내상병을 변별하였음과  
 외감병과 내상병이 병발(併發)하는 상황을 논하였다.

1. 『내외상변혹론』에서 언급한 발열을 일으키는  
 원인 질환을 후향적 진단 기법으로 추정한 결  
 과, 급성 인후염(바이러스 또는 세균), 부비동  
 염, 상기도 감염, 폐렴(바이러스, 세균, 진균),  
 기관지염, 결핵, 간염, 간농양, (급성)신우신염,  
 위장관염(바이러스 또는 세균), 감염성 대장염,  
 기생충감염 등 감염 관련 질환, 췌장염, 담낭염,  
 담도염 등 염증 관련 질환, 과민성장증후군, 원  
 인 불명열로 그 범위를 좁힐 수 있다.
2. 변경대역에서 유행 규모가 국한되면서도 높은  
 치명률을 보였음을 고려하여 변경대역의 원인  
 질환 범위를 좁히면, 급성 인후염, 상기도감염,  
 폐렴, 기관지염, 결핵 등 각종 호흡기 질환, 간  
 염, 간농양, (급성)신우신염, 위장관염(바이러스  
 또는 세균), 감염성 대장염, 기생충감염, 염증  
 질환(췌장염, 담낭염, 담도염 등) 중 유행 매개  
 체가 있는 경우까지 포함한다.

3. 예후가 양호하고 유행성이 없고 급성복통과 같은 동반증상이 없는 세 가지 특징을 동시에 고려하여 『내외상변혹론』 내상병 발열의 원인 질환 범위를 판단하면, 『내외상변혹론』 내상병 발열의 원인 질환은 과민대장증후군과 원인 불명열로 그 범위를 좁힐 수 있다.
4. 이고 이후 역대 의가(醫家)들은 내상병에 걸린 허약한 환자가 외감병을 겪었을 때 외감병의 종류와 관계없이 그 예후가 양호하다고 여겼다. 그 상황의 외감병에 대한 원인 질환을 추정하면, 호흡기 질환을 포함한 각종 감염 관련 질환 중 예후가 양호한 경우(유행성 감모 등)와 염증 질환 중 예후가 양호한 경우를 포함한다.
5. 이고가 내상병과 외감병이 병발(併發)한 발열을 치료한 환자군에 1232년 당시 유행했던 각종 감염 질환, 염증 질환 중 예후가 양호한 경우가 일부 포함되어 있다.

## References

1. 강재희. 의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학. 서울. (주)대한의학서적. 2010.
2. 顧思臻, 寶丹波. 『內外傷辨惑論』論治汴京大疫發微. 浙江中醫藥大學學報. 2016. 6.  
<https://doi.org/10.16466/j.issn1005-5509.2016.06.006>
3. 廖育群, 傅芳, 鄭金生 著. 박현국, 김기욱, 이병욱 譯. 중국과학기술사. 서울. 一中社. 2004.
4. 林富士. 中國疾病史研芻議. 四川大學校學報. 2004. 1.
5. 馬伯英. 中國古代主要傳染病辨異. 自然科學史研究. 1991. 3.
6. 牟允方. 關於東垣內傷類似傷寒的我見. 中醫雜誌. 1962. 11.
7. 方正均. 李東垣의 陰火論에 對한 研究. 大韓韓醫學原典學會誌. 2008. 21(1).
8. 方喜業. 中國鼠疫自然疫源地. 北京. 人民衛生出版社. 1990.
9. 符友豐. 金元鼠疫史與李杲所論病證. 中醫雜誌. 1996. 37(4).
10. 成無己 著. 張國駿 主編. 注解傷寒論(成無己醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 2004.
11. 宋旭, 金東熙, 金聖勳 외 4인. 李東垣의 陰火論과 朱丹溪의 相火論의 比較研究(II). 대한동의병리학회지. 1998. 12(2).
12. 신진봉, 이재원, 전지영 외 6인. 이동원 음화론이 후대 내상병 치료에 미친 영향. 동의생리병리학회지. 2008. 22(2).
13. 梁光烈. 溫能除大熱法에 대한 研究. 大韓韓醫學原典學會誌. 2008. 21(3).
14. 梁光烈, 白裕相, 張祐彰 외 4인. 東垣內傷證에 대한 溫病學的 解析. 大韓韓醫學原典學會誌. 2008. 21(1).
15. 王燾. 外臺秘要(欽定四庫全書 子部五 醫家類4.). 서울. 大星文化社. 1995.
16. 王士雄 著. 盛增秀 主編. 溫熱經緯(王孟英醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 1999.
17. 王星光, 鄭言午. 也論金末汴京大疫의 誘因與性質. 歷史研究. 2019. 1.
18. 汪詡庵. 醫方集解. 大北. 文光圖書有限公司. 1986.
19. 尹暢烈 編譯. 韓中醫學各家學說. 大田. 周珉出版社. 2006.
20. 殷哲玟. 李東垣 內外傷辨 관련 논의들에 나타난 內外 관계성에 대한 고찰. 大韓韓醫學原典學會誌. 2023. 36(2). pp.61-75.  
<https://doi.org/10.14369/jkmc.2023.36.2.061>
21. 殷哲玟. 李東垣이 논한 陰火의 實質에 대한 연구. 大韓韓醫學原典學會誌. 2012. 25(4).
22. 李杲 著. 張年順 等 主編. 內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 2006.
23. 李杲 著. 張年順 等 主編. 東垣試效方(李東垣醫學全書 中). 北京. 中國中醫藥出版社. 1999.
24. 李中琳, 符奎. 1232年金末汴梁大疫探析. 醫學與哲學(人文社會醫學版). 2008. 6.

25. 李梴. 醫學入門(下). 서울. 南山堂. 1991.
26. 張介賓 著. 李志庸 主編. 景岳全書(張景岳醫學全書 중). 北京. 中國中醫藥出版社. 1999.
27. 張年順 等 主編. 李東垣醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.301.
28. 張伯臬. 中醫內科學. 北京. 人民衛生出版社. 1988.
29. 趙獻可. 醫貫. 서울. 도서출판 정담. 1993.
30. 陳偉, 曾光. 洪澇災害與傳染病流行. 中國公共衛生. 2003. 8.
31. 崔文成. 甘溫除熱法管見. 中醫雜誌. 1994. 8.
32. 脫脫 等 撰. 金史·本紀 第十七 哀宗 上. [cited on April 23, 2023]: Available from: <https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=51793>
33. 脫脫 等 撰. 金史·列傳 第五十一. [cited on April 23, 2023]: Available from: <https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=202241>
34. 脫脫 等 撰. 金史·列傳 第六十三 后妃 下. [cited on April 23, 2023]: Available from: <https://ctext.org/wiki.pl?if=gb&chapter=526710>
35. 韓지선. 14세기 위기와 元帝國의 疫病, 그리고 무역 네트워크-중국의 역사적 문헌에 나타난 전염병의 전파와 대응양상. 2022. 141. <http://dx.doi.org/10.24161/CHR.141.65>
36. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울. 東洋醫學研究院出版部. 1985.