

桂枝湯 方後註文에 관한 研究

¹김강, ^{1,2}맹웅재

¹원광대학교 한의과대학 의사학교실

²한국전통의학연구소

A study on post-formula instruction of Kyejitang(桂枝湯)

¹Kang Kim, ¹Woongjae Meang

1Dept. of Oriental Medicine Graduate school of Wonkwang University.

2Research Center of Korean Traditional Medicine

Greater yang disease(太陽病) is a syndrome induced by peripheral obstruction. One of them is “wind stroke(中風)” with the obstruction in lymphatic system. The other obstruction appearing on circulatory system is called “cold damage(傷寒).”

Kyejitang(桂枝湯) is the formula prescribed for greater yang wind stroke pattern(太陽中風證) which is caused by peripheral lymphatic duct obstruction. Ramulus Cinamoni acts as a vasodilator and Radix Paeoniae relieves the abdominal tension. They make blood move to the internal organ and this can remove the retention of peripheral lymphatic system. Covering the patient with a blanket and getting him/her to have hot and thin rice gruel causes slight Diaphoresis, contributing to relieving the retention of lymphatic system. Disharmony between nutrient and defense(營衛不和) means that pressure becomes different between lymphatic system and vascular system. Kyejitang(桂枝湯) is called releasing muscles formula(解肌劑) because it can resolve such pressure difference.

Diaphoresis is not a means to eliminate pathogenic qi(邪氣) from the body. That is the syndrome proving that the body fluid has moved around when disordered fluid distribution is corrected. Therefore, diaphoresis should be induced weakly all the time. If diaphoresis is induced excessively, body fluid will move more than desired and then illness cannot be cured.

In Sanghanlun(傷寒論), dispersing drugs aim at addressing the retention in the exterior field, but it actually applies to the entire exterior and interior to make body fluid move. Therefore, diaphoresis does not just act on exterior field, and freeing the stool does not only apply to interior field. Distribution of body fluid changed by pathogenic qi(邪氣) influences the whole body because the human body has a closed circulatory system.

Sanghanlun(傷寒論) has included treatments for pathogenic disease. However, its value should not be limited to pathogenic disease. It is because controlling blood flow by sending body fluid to the place a doctor wants is certainly worth using for treatment of non-exogenous disease or chronic illnesses.

Key Words : Kyejitang, post-formula instruction, lymphatic duct obstruction, diaphoresis.

I. 서론

『傷寒論』은 後漢 末期에 張機가 지은 『傷寒雜病論』의 일부로서 外感熱病疾患의 理法方藥에 대해 논술한 최초의 의서이다¹⁾. 張仲景은 이미 출간되어 있던 『內經』, 『難經』, 『本草經』 등을 비롯한 여러 의서를 참고하고, 당시까지의 의학학에 관한 풍부하고도 일반화된 지식, 그리고 자신의 임상경험과 일반인의 투병 경험까지 체계적으로 결부시켜 『傷寒雜病論』을 저술하였다²⁾. 醫史學的 관점에서

『傷寒論』은 『內經』을 爲始한 기존 의학을 계승 발전시키면서, 후에 孫思邈의 『千金翼方』, 金元四大家, 溫病學, 그리고 李濟馬의 四象醫學에 이르기까지 지대한 영향을 끼쳤다고 평가된다³⁾. 韓醫學 이론(특히 生理, 病理學)의 대부분이 여기에서 체계가 확립되었다고 해도 과언이 아닌 셈이다.

桂枝湯은 이러한 『傷寒論』에서 가장 먼저, 가장 많이 언급된 首方이다. 『傷寒論』에서 언급한 처방은 모두 113

접수 ▶ 2010년 9월 9일 수정 ▶ 2010년 9월 16일 채택 ▶ 2010년 9월 20일
교신저자 ▶ 맹웅재, 전라북도 익산시 신용동 원광대학교 한의과대학 의사학교실
TEL 063-850-6838 FAX 063-850-6838 E-mail chundam@wonkwang.ac.kr

1) 맹웅재 外 編著, 『傷寒論精解』, 경희대학교 출판국, 1996, p.1.

2) 傷寒論研究會, 『傷寒論講義』, 정담, 1997, p.5.

3) 은중원, 『傷寒論이 後世醫學에 미친 影響에 대한 研究』, 경희대학교 대학원, 1994.

方4)인데, 계지탕의 언급 횟수는 무려 27회에 이르며, 그 가감 응용방의 활용 역시 많다. 『金匱要略』과 後世方에서의 응용까지 생각하면 그 적응증은 더더욱 늘어난다⁵⁾. 임상에서는 흔히 麻黃湯과 비교하여 喘의 有無로 나누어 표증 초기에 활용하고 있지만, 단순히 초기 감기약의 범위에 한정하기에는 응용 범위가 넓다는 생각을 하게 되었다. 더불어 『傷寒論』에서 설명하는 인체 구조와 病機를 이해하기 위해서는 계지탕의 작용 기전에 관한 구조적인 분석이 필수적이라고 보았다.

『傷寒論』에는 계지탕 뿐만 아니라 전체 처방에 方後註文이 있어, 약물의 加工炮製, 劑型, 煎煮方法, 服用方法, 약물의 隨證加減法, 飲食禁忌, 服藥後의 藥效反應 등을 설명하고 있다. 이것은 理法方藥에 있어서 중요한 내용의 하나가 된다. 즉 方後註文의 내용은 辨證論治에 있어서 그 구성 부분이며 최후의 단계인 것이다. 이것은 치료의 성공과 실패에 직접적으로 관계가 있는 중요한 부분이 된다⁶⁾.

특히 계지탕의 方後註文은 다른 方後註文에서 볼 수 없는 다양한 내용을 담고 있고 계지탕의 작용 기전을 잘 설명하고 있어, 『傷寒論』에서 태양병을 치료하는 기전을 알 수 있게 해 준다. 단순한 服藥法과 주의사항이라고만 볼 수 없는 이유이다.

發汗法은 汗吐下 三法 중 가장 쉽고, 가장 먼저 응용할 수 있는 治法이다. 그래서 발한법을 응용할 수 있는 질병의 양상도 그다지 심각하지 않다. 하지만 이 시기에 적절히 대응하지 못하면 질병은 심각해지고, 치료는 어렵게 된다. 『傷寒論』에서 太陽病이 가장 많은 비중을 차지하고 太陽病 중에서 桂枝湯이 가장 비중 있게 사용되는 것은, 질병 초기에 發汗을 통해 인체 불균형을 바로 잡으려는 張仲景의 깊은 뜻이 있었으리라 본다. 이에 계지탕 方後註文을 고찰하여 『傷寒論』 태양병의 病機를 이해해 보고자 한다.

II. 연구방법

1. 현대 해부 생리학의 도입

『傷寒論』은 2000여 년 전의 저술이며 전반적인 서술이 단편적인 표현으로 되어 있어, 저자가 의도했던 내용을 정확히 이해하기란 쉽지 않은 일이다. 그래서 하나의 표현에 수많은 주석이 존재하기도 한다. 하지만 역대로 많은 주석

가들에 의한 해석들 또한 현학적이고 논리적이 못 한 표현들이 많아, 오늘날의 사람들이 동의하기 어려운 부분들이 많다. 따라서 『傷寒論』에서 언급한 生理, 病理, 藥理를, 실증적으로 밝혀진 현대 해부 생리학적인 언어로 재조명해보기로 하였다. 현대 해부 생리학은 육안적으로 확인되고, 실험적으로 증명된 사실에 기초하기 때문에 논리적이고 이해가 용이하다. 張仲景이 보았던 2000여 년 전의 인체 생리, 병리 현상은 오늘날과 동일할 것이며, 따라서 하나의 현상에 대한 해석을 일대일로 비교하면 당시의 표현을 오늘날의 언어로 이해할 수 있을 것이다. 이 과정은 평면적으로 서술된 과거의 표현을 입체적인 형태로 구조화하기 위해 오늘날의 표현을 빌린 것으로, ‘洋診韓治’와 같은 과정이 아님을 미리 밝힌다.

2. 太陽病의 病機를 이해한 후 桂枝湯 方後註文을 분석

태양병의 病機와 病理를 이해해야 계지탕이 사용되는 상황을 파악할 수 있다. 태양병의 일반적인 病機와 中風, 傷寒의 상황을 먼저 살핀 후 계지탕의 方後註文을 살펴보고록 하겠다.

3. 연구에 활용한 『傷寒論』 조문 번호와 조문 자체는 蔡仁植의 『傷寒論譯註』을 근거로 하였다.

III. 본론

1. 病理, 病機에 대한 연구

桂枝湯의 작용 기전을 이해하기 위해서는 계지탕이 사용

4) 大塚敬節 著, 박병희 譯, 『傷寒論解說』, 의방출판사, 2004, p.86.
5) 『傷寒論』과 『金匱要略』에서 활용된 것만 대략 26方 정도 된다. 解表의 효능으로 사용한 것은 桂枝麻黃各半湯, 桂枝二麻黃一湯, 桂枝二越婢一湯, 柴胡桂枝湯, 桂枝加葛根湯, 葛根湯, 瓜蒌桂枝湯, 桂枝加黃芪湯이고, 補虛降逆氣로 사용한 것은 桂枝加桂湯, 桂枝加厚朴杏子湯이고, 補陽助陽으로 사용한 것은 桂枝去芍藥湯, 桂枝加大黃湯, 當歸四逆湯, 溫經湯이고, 調補陰陽氣血로 사용한 것은 桂枝加芍藥生薑各一兩人參三兩新加湯, 桂枝龍骨牡蠣湯, 小建中湯, 黃芪健中湯, 當歸建中湯, 桂枝黃芪五物湯이 있으며, 水氣病을 치료하기 위해 桂枝去桂加茯苓白朮湯, 桂枝去芍藥加麻黃附子細辛湯을 사용하였다. 裴永淸, 『傷寒論臨床應用五十論』, 學苑出版社, 1995, p.47.
6) 裴永淸, 『傷寒論臨床應用五十論』, 學苑出版社, 1995, p.48.

되는 경우의 病理와 病機를 먼저 이해해야 한다. 이에 『傷寒論』 太陽病에서 설명하고 있는 人體觀과 病理, 病機에 대해 먼저 고찰해 보도록 하겠다.

1) 太陽病에 대한 이해

▶ 제 1조 : 太陽之爲病 脈浮 頭項強痛而惡寒.

이 조문을 흔히 ‘太陽病의 提綱’이라고 한다. 提綱이라는 것은 사전적 의미로 ‘어떤 강연이나 강의 따위에 쓰는 중요한 줄거리’를 말하므로, ‘태양병은 일반적으로 脈浮 頭項強痛而惡寒한 모습을 가진 病狀’이라는 뜻이 된다.

그러나 여기에서 脈浮와 頭項強痛을 어떤 症候群을 대표하는 중요 증상이라고 보기에 너무 막연한 감이 있다.

『瀕湖脈學』에 “浮脈은 表를 주재하니, 浮하면서 힘이 있으면 表實證이고 힘이 없으면 表虛證이며, 浮하면서 遲하면 中風證이고 浮하면서 數하면 風熱證이며, 浮하면서 急하면 風寒證이고 浮하면서 緩하면 風濕證이며, 浮하면서 虛하면 傷暑證이고 浮하면서 芤하면 失血證이며, 浮하면서 洪하면 虛熱證이고 浮하면서 散하면 勞極證이다.”⁷⁾라고 하여 浮脈이 나타내는 여러 병증에 대해 서술하였다. 즉, 浮脈이 나타내는 병증이 매우 많다는 의미이다. 또한 頭痛과 項強 역시 이러한 증상을 유발할 수 있는 질환이 너무나 많기 때문에 한 증후군의 감별을 위한 핵심 증상이라고 볼 수는 없다. 그러나 惡寒은 다르다. 오한은 그 기전이 비교적 단순 명확하여 太陽病이라는 증후군을 이해하는데 필수불가결한 요소가 된다.

(1) 惡寒

惡寒을 이해하기 위해선, 먼저 發熱에 대해 이해할 필요가 있다. 인간은 주위 온도의 변화에도 체온이 항상 일정하게 유지되는 항온성(homeothermic)을 지닌 생명체이다. 신체의 중심 체온은 정교한 체온 조절 시스템⁸⁾에 의해 항상 일정하게 유지되는데, 이러한 체온 조절 시스템의 중추는 시상하부의 시각교차 앞 부위(preoptic region of the anterior hypothalamus, POAH)에 위치하고 있다. 이 체온 조절 중추는 담당하는 역할에 따라 그 해부학적 위치가 구분되는데, 즉 중심 체온을 감지하는 부위(thermostat), 정상 체온의 기준치를 제공하는 부위(set-point), 체열의 생산(heat gain center)과 방출(heat loss center)을 조절하는 부위 등으로 나뉜다. 체온 조절 중추는 중심 체온을 감지하

여 항상 일정한 범위 안에서 유지할 수 있도록 체열의 생산과 방출을 조절하는 기능을 담당한다. 이러한 정교한 조절을 통해 유지되는 인간의 정상적인 체온은 직장 온도를 기준으로 36.1~37.8°C이며, 발열이란 이보다 높은 체온 상태를 의미한다. 하지만 대개 소아가 성인보다 높은 체온을 가지고 있으며, 정상적인 소아의 직장 온도는 낮은 오후나 신체활동 직후 38.5°C까지도 상승하므로, 체온이 37.8°C를 넘는다고 모두 병적인 상태를 의미 하지는 않는다. 병적인 發熱(fever)이란 주로 외부에서 침입하는 미생물이나 병원성 물질에 대한 숙주의 방어기전의 한 부분으로서 중심체온이 상승된 상태를 말한다. 이러한 열성반응(febrile response)에 관여하는 물질을 발열원(pyrogens)이라고 하며, 이를 다시 외인성 발열원(exogenous pyrogens)과 내인성 발열원(endogenous pyrogens)으로 나눌 수 있다. 외인성 발열원에는 대부분 미생물 또는 그 미생물에서 파생된 독소 및 부산물 등이 속하며, 내인성 발열원에는 다형핵 백혈구(polymorphonuclear leukocytes) 및 기타 탐식구들에서 분비되는 여러 사이토카인들(cytokines)이 속한다. 이들 발열성 사이토카인은 동물이나 인체에서 발열을 일으키는 것으로 알려져 있다. 단핵구, 중성구, 림프구 등에서 분비된 발열성 사이토카인은 prostaglandin E₂(PGE₂) 분비를 촉진시킨다. 이 PGE₂는 신경아교세포(glial cells)의 수용체에 작용하여 cyclic AMP를 급속하게 분비하도록 한다. 증가된 cyclic AMP는 직접적으로 혹은 다른 신경전달물질(neurotransmitters)을 이용하여 간접적으로 시상하부의 set-point를 올려 발열을 일으킨다⁹⁾. 요약하자면, 발열 물질이 침입하면 인체는 사이토카인을 분비하고, 분비된 사이토카인은 PGE₂를 분비하게 하여 시상하부의 set-point를 올려 발열을 일으킨다.

인체는 대사 작용을 통해 끊임없이 열을 생산한다. 입으로 섭취한 음식에서 나오는 에너지로 몸의 각 기관이 작동할 때 열이 발생한다. 쉬고 있는 상태에서 열 생산의 70% 이상은 몸 안의 심장, 뇌, 간, 지라, 콩팥 등에서 일어나며, 피부나 근육 등에서는 약 30%의 열을 생산한다. 몸의 중심부에서 데워진 혈액은 동맥을 따라 온도가 낮은 피부로 흘러 가서 열을 전달하고 찬 정맥피가 되어 다시 몸 중심부로

7) 박경 譯編, 『診斷學權輿』, 대성의학사, 2000, p.187.

8) 체온은 거의 전적으로 신경계의 피드백 기전에 의해 조절된다. Arthur C. Guyton 外 著, 의학계열교수 27인 共譯, 『의학 생리학 10판』, 정담, 2002, p.966.

9) 이택진 外, 『발열』, Korean Journal of Pediatrics Vol. 50. No. 2. 2007.

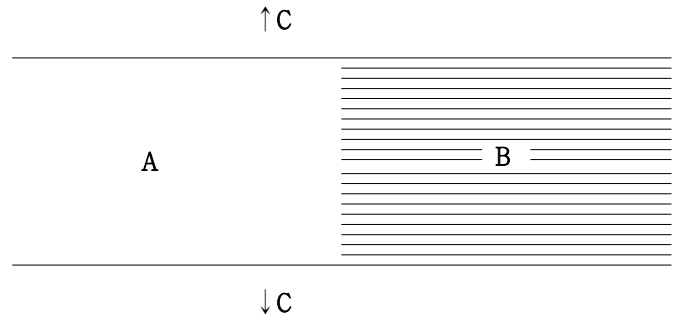
돌아간다. 혈액순환이 잘 되어야 몸 안의 여러 곳에서 생성된 열이 피부로 이동할 수 있으며 몸 안 온도를 일정하게 유지할 수 있다¹⁰⁾. 열의 생산은 주로 화학적인 작용에 의하며, 방출은 물리적인 작용에 의한다¹¹⁾. 우리가 쾌적함을 느끼거나, 체온이 일정하게 유지되고 있다면 체내에서 생성되는 열과 표면에서 방출되는 열이 같다는 의미이다.

따라서 정상적으로 유지되던 체온이 상승하여 발열이 된다는 것은, 열의 화학적 생산이 증가되거나 물리적인 방출의 감소, 혹은 이 둘이 함께 작용하고 있다는 뜻이다. 인체가 발열원에 노출되어 생존능력을 향상시키기 위한 발열 상황이라면, 당연히 이 둘이 함께 작용하게 된다. 이때에는 열의 생산도 중요하지만, 더욱 중요한 것은 방출되는 열을 줄이는 것이다. 열의 방출은 혈액의 피부 순환을 통해 일어나므로, 인체가 발열하기 위해선 피부로의 혈액 순환을 줄이는 과정이 필요하다¹²⁾. 이 과정이 바로 惡寒이다.

피부 혈관이 수축되면서 체표면으로의 혈액 순환이 일부 혹은 완전히 통제되는 오향은, 실제 체온이나 外氣의 온도와는 무관하다. 예를 들어 set-point가 39℃로 설정되었다면, 현재 체온이 38℃가 되었다고 해도(정상 체온보다는 높은 상황이지만) 인체는 현 상황을 저체온으로 인식하는 것이다. 이는 마치 평상시 체온이 37℃라 하면, 현재 체온이 36℃일 때 체온을 올리려고 나타나는 반응과 같은 것이다. 인체는 현재 체온 상태가 중요한 것이 아니라, set-point에서 설정한 설정 온도와 현재 혈액 온도간의 온도차가 중요한 반응 요소가 된다.

(2) 脈浮, 頭項強痛

오향이 말초혈관의 폐색임을 알고 나면 浮脈과 頭項強痛의 기전 역시 쉽게 이해된다. 脈診은 양 손목 부근의 橈骨動脈에서 혈관의 파동을 측정하는 진단법이다¹³⁾. 요골동맥을 통해 공급된 동맥혈은 손 전체에 있는 세포에 산소와 영양분을 공급하는데, 오향이 있게 되면 손 주변 말초혈관까지 폐색되게 될 것이므로 일정하게 공급된 혈액은 일종의 공급 과잉 상태가 된다. 따라서 요골동맥 안은 마치 병목현상을 일으킨 간선도로처럼 혈관 내 혈액의 밀도가 증가하여 혈관을 팽창시키는 상황이 된다. 이것이 바로 浮脈이다.



<그림1>요골동맥(A)에서 말초혈관(B)로 전환되는 부분에 대한 모식도

<그림1>은 요골동맥(A)에서 말초혈관(B)로 전환되는 부분에 대한 모식도이다. 심장에서부터 공급된 혈액은 A에서 B의 방향으로 흐른다. 평소 말초혈관이 정상 작동되는 상황에서는 A를 통해 공급된 모든 혈액이 여러 갈래의 B를 통해 어려움 없이 흐른다. 하지만 오향이 생겨 말초혈관이 폐색된 경우, B의 상당 부분이 막혀 혈액이 제대로 흐르지 못하고, A로 들어오는 혈액량이 감소하지 않는 한 A는 팽창할 수 밖에 없다. 이 상태에서 A의 표면을 촉지하면 맥관이 C의 방향으로 팽창하여 떠오르는 것처럼 느껴지게 되는데 이것이 바로 太陽病에서 浮脈이 나타나게 되는 구조이다.

기존의 浮脈에 대한 해석은 ‘외부의 邪氣가 表分으로 침습하면, 正氣가 表分으로 몰려와 邪氣에 저항하게 되므로 浮脈이 나타난다¹⁴⁾’는 것이 일반적이었다. 이는 마치 戰線을 가운데 두고 적군과 아군 양측의 밀고 밀리는 모습을 형상하기 쉬우나, 실제로 邪氣의 존재를 세균이나 바이러스라고 생각한다면 表부위(피부)로부터 침범한다고 보는 것은 오류다. 세균과 바이러스가 호흡기나 소화기를 통해 인체에 침범한 뒤, 제일 먼저 증상을 발현하는 부위가 인체의 表부위였기 때문에 이렇게 해석을 했다고 보는 것이 합리적이다.

頭項強痛은 전신의 말초혈관이 폐색된 후 두면부로의 혈

10) 최현석, 『아름다운 우리 몸 사진』, 지성사, 2006, p.56.

11) 김영수, 「운동과 사우나시의 발한 성분 분석」, 창원대학교 대학원, 1998.

12) 신체 각 조직의 혈류는 항상 조직의 필요성에 따라 정확하게 조절된다. 조직의 미세혈관들은 지속적으로 영양소와 산소의 요구성과 이산화탄소와 다른 조직 대사 산물의 축적 등과 같은 조직의 요구를 감지해서 국소 혈류를 조직 활성이 요구하는 수준으로 정확히 조절하기 위해 국소 혈관에 직접 작용하여 수축시키거나 확장시킨다. Arthur C. Guyton 外 著, 의학계열교수 27인 共譯, 『의학 생리학 10판』, 정담, 2002, p.170.

13) 『브리태니커 백과사전』.

14) 진주표 編譯, 『傷寒論用語辭典』, 법인문화사, 2006.

액순환이 증가하여 나타나는 현상이다. 오한과 함께 말초가 폐색되어 전신의 체표 부위를 점유하고 있어야 할 혈액이 갈 곳이 없어지게 되면 두면부위로 몰리게 된다. 두면 부위에 혈액이 몰리게 되면 두통, 불면, 안구건조, 비염, 입마름, 이명, 안면홍조, 어깨결림 등의 증상을 유발하는가 하면, 내장 순환을 방해하여 위염이나 장염, 과민성대장, 생리통, 전립선염, 설사 변비 등을 일으키기도 한다¹⁵⁾¹⁶⁾.

이상에서 말초부위가 폐색되어 나타나는 증후군을 太陽病이라고 정의하였다.

2) 中風에 대한 이해

▶ 제 2조 : 太陽病 發熱 汗出 惡風 脈緩者 名爲中風.

일단 앞에서 태양병은 말초부위가 폐색되는 질환군이라고 정의하였다. 지금 제 2조의 상황도 비슷하다. 조문 첫머리에 ‘太陽病’이라 하여 外感邪氣에 감촉¹⁷⁾된 이후 말초부위를 폐색하여 체온을 상승시키려는 과정임을 표시하였다. 그래서 發熱하고 있다.

그런데 여기서는 汗出, 즉 땀이 나고 있다. 또한 惡寒이 아니라 惡風이다. 원래 말초혈관계가 폐색된다는 것은 체표로의 혈류량을 줄여 체온의 손실을 막고 체온 상승을 도모하려는 과정이다. 그런데 여기에서는 太陽病임에도 불구하고 땀이 나고 있다. 땀이 난다는 것은 땀의 원료가 되는 혈액이 공급되고 있다는 것이고, 이는 제 1조에서 언급한 것처럼 혈관 폐색의 상태는 아니라는 말이다.

(1) 發熱

發熱은 체온이 정상보다 높은 것을 말하며 身熱이라고도 한다. 傷寒病에서 가장 많이 보이는 증상이며 주로 外邪의 侵襲으로 인하여 陽氣가 밖으로 쏠리기 때문에 나타난다고 보았다. 成無己는 그의 저서 『傷寒明理論』에서 “발열이란 별경계 피부 사이로 달아 올라 후끈후끈 더운 기운이 퍼져서 熱을 내는 것을 말한다.”¹⁸⁾고 하였다. 그리고 그 病因은 表證에 속한 발열의 경우 風寒이 피부로 침범하여 陽氣가 拂鬱한 것이고, 裏證에 속한 발열은 陽氣가 下陷하여 陰中으로 들어가 발생한 것이라고 하였다¹⁹⁾. 이에 의하면 발열의 근간에는 陽氣가 있고, 陽氣의 위치와 편차에 따라 국소적인 열이 발생할 수 있다. 즉, 邪氣가 체내에 아무리 많이 존재하더라도, 陽氣가 없이는 단독으로 발열할 수 없다는 말이다.

古人들의 이러한 인식은 앞서 체온이 발열 중추의 set-point 상승에 의해 올라간다고 보는 오늘날의 연구 결과와 일치한다고 볼 수 있다. 발열원 자체가 열을 올리는 것이 아니라, 이에 대응하기 위해 체온을 상승시키는 것이 그것이다. 만약 발열원에 대응할 체내 저항력이 없다면, 邪氣의 감촉이나 감염만으로는 발열할 수 없다.

(2) 汗出

汗은 『素問·宣明五氣篇』에서 “心爲汗”이라 하였고, 『素問·陰陽別論』에서는 “陽加於陰謂之汗”이라 하였으며, 『素問·評熱病論』에서는 “人所以汗出者, 皆生於穀, 穀生於精”이라 하였다. 『難經』에서는 땀을 ‘五液중의 하나’²⁰⁾라고 하였고, 『東醫寶鑑』에서도 땀은 津液門에 수록되어 있다. 이는 땀을 津液이라는 개념에서 이해하여야 한다는 것을 말한다. 즉 땀은 津液의 또 다른 형태라고 할 수 있다. 땀은 체내에서 진액의 형태로 존재하다가 어떠한 상황이 되면 땀의 형태로 腠理를 통해 體表 밖으로 드러나게 되는 것이다. 이를 조절해주는 관문이 되는 것이 玄府로서 체내의 상태나 외부환경에 따라 땀을 조절해주고 있다. 즉 땀이란 피부에 있는 주리를 통해 인체 내외부의 환경에 인체가 적응하기 위한 하나의 生理, 病理의 發現狀이라고 볼 수 있다. 예를 들면 땀은 소변과 함께 계절에 따른 편차가 있는데 <消渴門>을 살펴보면 땀과 소변에 대해 언급하기를 “心이 汗과 便을 주관한다고 하였다. 便과 汗이 많이 나오면 腎이 虛하고 燥한 고로 渴한 것이니 무릇 여름에 습하면서 땀이 많이 나면 소변이 적고 겨울에 땀이 없고 소변이 많은 것은 사람에게서 정상적인 것이다.”라고 하였다. 이렇듯 계절에 따라 땀과 소변이 많고 적은 것은 인체의 진액이 부족하지 않고 일정하게 유지하기 위한 생리적인 현상이라 하겠다²¹⁾.

즉 땀이 난다는 것은 땀을 만들어 내는 재료가 되는 진액이 공급되고 있다는 것이고, 이는 심장에서부터 공급된 혈액을 의미한다. 또한 기온이 낮거나 체온이 낮은 상태, 즉

15) 김순렬, 『네 안에 잠든 건강을 깨워라』, 들꽃누리, 2007, p.188.

16) 이것은 交感神經이 항진된 症狀과 유사하다.

17) 太陽病이 반드시 外感邪氣에 感受된 후 나타나는 반응이라고 볼 수만은 없다. 하지만 여기에서는 일단 外感邪氣에 感觸된 상황이라고 설정하도록 하겠다.

18) 發熱者 謂沸沸然發於皮膚之間 熇熇然散而成熱者 是也.

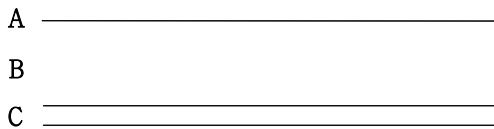
19) 박경남, 『傷寒發熱에 관한 研究』, 원광대학교 대학원, 1991.

20) 腎主五液, 分化五臟, 入肝爲淚, 入心爲汗, 入脾爲涎, 入肺爲涕, 自入爲唾.

21) 강경화 외, 『땀에 대한 형상의학적 고찰』, 동의생리병리학회지 제 17권 4호, 2003.

寒의 상황에서는 땀이 나지 않는데, 이는 진액을 加溫하여 줄 熱이 필요하기 때문이다. 이는 일반적으로 땀이 나는 상황에 대한 정확한 인식이 있었다는 것을 증명한다. 물론 寒의 상황에서 흘리는 땀도 있지만, 이번 논의와는 무관하므로 제외한다²²⁾.

(3) 惡風



<그림2>체표(A)와 조직세포(B), 그리고 말초혈관(C)의 모습을 단면으로 나타낸 모식도

<그림2>은 체표(A)와 조직세포(B), 그리고 말초혈관(C)의 모습을 단면으로 나타낸 모식도이다. 오한이 동반된 太陽病은 말초부위가 폐색된 질병이기 때문에 일반적으로 C가 수축하여 혈액이 거의 흐르지 않는다. 당연히 B는 혈액으로부터의 체액공급을 받지 못하며, A로 나가는 땀도 없다²³⁾. 하지만 지금 상황은 다르다. C를 통해 혈액이 공급되고 있고, 체액은 B로 공급된다. 汗出을 인지했다는 것은 不感發汗²⁴⁾ 수준 이상이라는 것이며, 이는 오히려 평소보다도 많은 체액이 B에 존재한다고 볼 수 있다. 운동 중일 때처럼 다량 공급된 체액이 땀을 통해 충분히 배출되면 문제가 되지 않으나, 공급량만큼 배출이 원활하지 않다면 B 부위에 정체될 수 밖에 없기 때문이다²⁵⁾.

그렇다면 惡風은 무엇인가? 지금까지 대부분의 『傷寒論』 주석에서는 오풍을 ‘惡寒이 약한 상태’라고 인식하였다. 『東洋醫學大辭典』²⁶⁾과 『傷寒論用語辭典』²⁷⁾에서는 惡風을 다음과 같이 각각 설명하고 있다.

▶바람을 싫어하는 병증. 憎風, 怕風이라고도 한다. 외감 또는 내상으로 인하여 발생한다. 『傷寒明理論』 제1권에서 “傷寒惡風은 어떻게 설명할 수 있는가?”, “『黃帝針經』에서 말하기를, 衛氣는 分肉을 따뜻하게 하고 살갗을 충실하게 하며 腠理를 살찌게 하고 開闔을 주관한다고 하였다. 풍사가 衛로 들어가면 반드시 바람을 싫어한다. 무엇 때문인가? 風은 衛를 손상시키고 寒은 營을 손상시키니 風邪를 맞으면 分肉은 따뜻하지 않고 겉으로만 열이 나고, 皮毛는 충실하지 못하여 늘어진다. 腠理가 자양을 받지 못하면 성글어져 조밀하지 않고 開闔을 적절히 하지 못하면 새어 나가 견고하지 못하므로 바람을 싫어하는 것이다. 惡風과 惡寒은 모두 表證이나 惡風은 惡寒에 비하여 가벼운 증상이다.

▶바람이 불면 찬 것을 느끼는 것. 惡風과 惡寒은 輕重의 차이일 뿐인데, 바람이 불면 싫어하고 바람이 없으면 안정되는 것을 오풍이라 하고, 방안에 있더라도 찬 것을 싫어하는 것을 오한이라고 한다. 오한의 輕證에 해당한다.

즉, 오풍을 ‘찬 바람을 싫어하는, 오한보다 약한 증상’이라고 인식하였던 것이다. 그러나 『傷寒論』에는 ‘微惡寒’이라는 표현이 있다. 제 29조 “傷寒脈浮 自汗出 小便數 心煩 微惡寒 脚攣急 反與桂枝 欲攻其表 此誤也”, 제 146조 “傷寒六七日 發熱 微惡寒 支節煩疼 微嘔 心下支結 外證未去者 柴胡桂枝湯主之”, 제 148조 “傷寒五六日 頭汗出 微惡寒 手足冷 心下滿 口不欲食 大便硬 脈細者 此爲陽微結 必有表 復有裏也”, 제 234조 “陽明病 脈遲 汗出多 微惡寒者 表未解也 可發汗 宜桂枝湯” 등의 微惡寒이 그것이다. 만약 오풍이 오한의 약한 경우라면 微惡寒과 바꾸어 쓸 수 있다는 말인데, 張仲景은 굳이 새로운 표현을 만들어 표현하였다. 과연 이때 微惡寒을 惡風으로 바꿔 쓸 수 있는가? 한 번쯤 생각해 볼 문제이다²⁸⁾.

또한 많은 醫家들이 惡寒을 寒邪에 傷한 것이고 惡風을 風邪에 傷한 것이라고 하였으나, 이 해석 역시 모호한 점이 있다. 무엇을 風邪로 보고, 무엇을 寒邪로 볼 것인가 하는 점이다. 바람을 많이 쐬면 傷風이 되고, 찬 기운에 많이 노출되면 傷寒이 되는가? 찬 바람은 風邪인가 寒邪인가? 바람에는 따뜻한 바람도 있고 서늘한 바람도 있을텐데, 과연 이 바람들에 감촉되면 모두 傷風證을 일으키는가?²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾

22) 汗腺에는 분비양식이 다른 에크린 한선과 아포크린 한선이 있다. 아포크린 한선은 腋窩, 乳頭部, 外陰部 등에 국한되어 존재하고 있으며 선세포 자체의 파괴에 의해 분비가 이루어지는 형태로, 체온 조절에는 관여하지 않는다. 『과학동아 1997년 8월호』, 동아사이언스.

23) 체표가 수축하여 땀이 나지 않는다고 보다는, 체표면의 혈관이 수축하여 땀의 재료가 공급되지 않는다고 보는 것이 합리적이다.

24) 인간은 하루에 피부를 통해 500~700ml의 수분을 체외로 증발시킨다. 이와 같은 수분 증발은 전혀 감지되지 않으므로 不感發汗 (insensible evaporation)이라 한다.

25) B 부위에 정체가 되었다고 보는 이유는 뒤에 惡風에서 설명한다.

26) 동양의학대사전 편찬위원회, 『東洋醫學大辭典』, 경희대학교 출판국, 1999.

27) 진주표 編譯, 『傷寒論用語辭典』, 법인문화사, 2006.

28) 本論者は 微惡寒과 惡風은 서로 다르다고 생각한다. 惡寒과 惡風을 일으키는 기전은 전혀 다르다. 온도 감각의 강약에 따른 차이가 아니기 때문이다. 이에 대해서는 뒤에서 논한다.

29) 감기의 직접적 원인은 추위가 아니라 감기 바이러스다. 추위는 감기를 유발하는 간접적인 요인이 될 뿐이다. 감기가 남극 지방에 아예 존재하지 않는 것을 보면 쉽게 이해가 된다. 남극은 날씨가 워낙 추워 감기 바이러스가 대기 중에 생존할 수 없다. 『과학동아 2001년 1월호』, 동아사이언스.

30) 감기는 겨울철에 흔하다. 이 때문에 추위가 감기의 원인이라고 생각하는 사람들이 많다. 그렇다면 남극에서도 감기에 걸릴까. 결론부터 얘기하면 남극에서는 감기에 걸리지 않는다. 한 연구자는

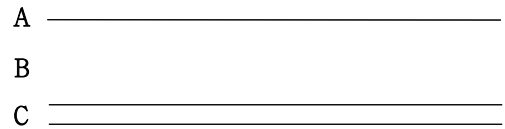
『傷寒論』에서 언급한 傷寒證이 과연 무엇이었는데가에 대해서는 많은 견해가 있다. 하지만 장티푸스와 같은 감염성 질환이라는 것이 일반적인 인식이다³²⁾. 『傷寒論』 序³³⁾에서 張仲景은 “나의 친족들이 원래 많아서 200여 명이 넘었지만, 建安 元年(196년) 이래로 10년도 안되었거늘, 죽은 사람이 3분의 2나 되고, 傷寒으로 죽은 사람이 10분의 7이나 되었다³⁴⁾”고 하였다. 이를 계산해보면, 10여년 만에 사망자 수는 대략 130여명을 상회하며, 그 중 傷寒으로 죽은 사람의 수는 대략 100명에 이른다. 당시가 전란으로 궁핍한 생활을 하던 중임을 감안하더라도, 이는 상당히 높은 치사율로서 傷寒이라는 질환이 매우 치명적인 질환이었음을 암시한다³⁵⁾. 단순히 ‘찬바람을 쐬어’ 걸리는 상기도감염(감기)이라고 보기에는 무리가 있다³⁶⁾.

여기서 잠시 『傷寒論』이 형성된 배경에 대해 살펴볼 필요가 있다. 『傷寒論』의 저자 張仲景은 東漢時 南陽郡(지금의 河南 南陽 및 湖北 襄陽 일대지역) 사람이다. 生卒年月은 확실히 考證할 수 없으나, 대략 2세기 초에 태어났다³⁷⁾. 이 시기는 평화의 시대가 아니라 전쟁과 기아가 만연한 혼란과 암흑의 시기였다. A.D. 184년에 황건적의 난이 있었고, 『後漢書』에 의하면 建寧四年(171년), 熹平二年(173년), 光和二年(179년), 光和五年(182년), 中平二年(185년) 등 靈帝 때만 다섯번의 大疫이 발생하였으며, 獻帝 때는 더욱 심해졌다고 한다³⁸⁾. 한편 河南 南陽 지역은 위도상으로 上海와 거의 비슷한 지역으로, 아열대성 계절풍 기후에 속해 일조량이 충분하고 강수량도 풍부한 지역이다. 연평균 기온은 15~17℃, 7월 평균은 29.9℃, 연간강수량은 1,739mm이나 된다. 그 중 일부 지역은 최고 기온이 35℃를 초과하는 중국의 가장 더운 지방 중의 하나이다³⁹⁾. 종합하면 덥고 습도가 높은 지역에서, 사람들은 과도한 노역과 기아에 허덕이는 상황이었다는 것인데, 이런 상황은 각종 세균성 감염 질환이 好發할 수 있는 조건이 된다.

傷寒病을 이러한 바이러스나 세균성 질환이라고 한정한다면, 邪氣의 寒溫 개념은 불분명해진다. 세균이나 바이러스는 인체에 질병을 일으키는 확실한 요인이며, 도구를 이용하여 육안으로 확인할 수 있는 실존 대상이다. ‘상기도감염’이나 ‘장티푸스’의 경우, 분명히 바이러스와 세균이 일으키는 질병이다. 여기에 寒溫邪의 개념을 대입하면, 세균이나 바이러스의 절대 온도를 가지고 命名하게 되는 어불성설이 되고 만다. 절대 온도에서 寒한 세균이나, 溫熱한 바이러스란 있을 수 없기 때문이다.

즉, 古人이 寒溫邪의 개념을 설정한 것은 邪氣 자체의 모

습으로 명명한 것이 아니다. 그것은 바로 邪氣가 인체에 들어와 나타내는 반응, 證을 보고 그 형상을 묘사한 것이다. 인체를 閉塞하고 鬱滯시켜서 차가워지는 경향이 있는 경우에는 寒邪, 진액을 소모시키고 발열이 주증상이 되는 경우에는 溫邪라 하였던 것이다.



<그림2>체표(A)와 조직세포(B), 그리고 말초혈관(C)의 모습을 단면으로 나타낸 모식도

다시 오풍에 대해 논의하기 위해 <그림2>을 보자. 만약 C에서부터 津液이 공급되는데, A로 충분한 양의 발한이 이루어지지 않는다면, 진액의 상당 부분은 B 구간에 정체될 수 있다. 이 정체된 압력이 피부 주변 지각신경(知覺神經, sensory nerve)을 자극하게 되면 소위 피부의 민감도가 상승하게 될 것이다⁴⁰⁾. 이는 마치 모유 수유를 하는 여성의 유방에 젖이 찼을 때, 팽팽해지면 피부가 훨씬 민감해지고

재미있는 실험을 했다. 건강한 사람들을 두 그룹으로 나누어 한 그룹의 시험자들을 추위에 반복적으로 노출시켰다. 결과는 두 그룹에서 감각에 걸리는 확률이 똑같이 나타났다. 추위 자체는 감각에 영향을 주지 않는다는 뜻이다. 겨울에 감각이 혼란 이유는 난방을 많이해 공기가 건조해져서 인체점막의 방어력이 떨어지기 때문이다. 또 추위를 피해 사람들이 좁은 장소에 많이 모이는 이유도 있다. 경향신문 2003년 11월 11일 기사.

31) 뒤에서 언급하겠지만, 古人들의 이러한 해석은 유치하거나 잘못된 해석은 결코 아니다. 인체가 나타내는 다양한 반응들을 매우 세밀하게 관찰한 후 당시의 언어로 표현한 결과이다. 말초의 폐색에도 차이가 있음을 인지한 古人들은, 邪氣의 종류가 아닌 인체 반응양상을 가지고 邪氣를 분류하였다.
 32) 大塚敬節 著, 박병희 譯, 『傷寒論解說』, 의방출판사, 2004, p.34.
 33) 『傷寒論』의 序가 張仲景의 저술이 아니라는 견해도 있다. 上揭書, pp.34~38.
 34) 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.
 35) 인류 역사상 한 사건으로는 가장 많은 인명 피해를 기록했다고 알려진 스페인독감의 치사율이 10% 가량이었던 것에 비하면 대단히 높은 치사율이라고 볼 수 있다. 스페인독감은 당시 인구의 30%인 5억 명이 감염됐고, 그 중 5000만 명이 목숨을 잃었다. 『과학동아 2009년 6월호』, 동아사이언스.
 36) 물론 廣義의 傷寒은 말 그대로 寒邪에 傷한 모든 질환을 의미하기도 하지만, 『傷寒論』의 傷寒은 狹義의 傷寒이다.
 37) 홍원식 編著, 『中國醫學史』, 동양의학연구원, 1984, p.98.
 38) 맹응제 外 編著, 『傷寒論精解』, 경희대학교 출판국, 1996, pp.1~2.
 39) <http://www.henan.gov.cn> <http://www.hubei.gov.cn>
 40) 피부에는 知覺神經(sensory nerve)이 있어 동통, 소양감, 온도감각, 가벼운 촉각, 압각, 진동감각 등을 매개한다. 감각의 과민(hyperesthesia)은 감각 수용체의 활성이 과도함을 의미한다. 대한피부과학회 교과서 편찬위원회, 『피부과학 4판』, 여문각, 2001, pp.19, 103.

유체적인 접촉에 적극적으로 반응하게 되는 것과 같은 이치이다⁴¹⁾. 요약하자면 오통 증상은 외부, 표층부에서의 압력이 증가하여 피부에 있는 압력 감각 센서가 민감해진 것으로, 오통이 血分(모세혈관, <그림2>의 C)의 울체였다면 오통은 氣分(모세혈관 밖, <그림2>의 B)의 울체가 되는 셈이다.

그렇다면 氣分, 衛分의 울체란 무엇을 말하는가? 營分을 일반적으로 ‘혈관’으로 인식하는 것과는 달리 衛分의 실체에 대해서는 아직까지 확정적 논의가 되어있지는 않다. 衛氣는 『內經』에서부터 언급되는데 이 중 몇 가지를 인용해보면 다음과 같다.

- ▶ 『靈樞·衛氣篇』 其浮氣之不循經者，爲衛氣。
- ▶ 『靈樞·本藏篇』 衛氣者，所以溫分肉，充皮膚，肥腠理，司關闔者也。衛氣和則分肉解利，皮膚調柔，腠理緻密矣。
- ▶ 『靈樞·邪客篇』 衛氣者，出其悍氣之慄疾，而先行於四末分肉皮膚之間，而不休者也，晝日行於陽，夜行於陰，常從足少陰之間，行於五藏六府。
- ▶ 『靈樞·大惑論篇』 夫衛氣者，晝日常行於陽，夜行於陰，故陽氣盡則臥，陰氣盡則寤。

이를 바탕으로 고찰해보면, 衛는 혈관과는 또 다른 순환계이며 혈관의 외측에서 주로 인체를 보호하는 역할을 담당하는 것으로 인식했다는 것을 알 수 있다. 本論者는 이런 특성에 가장 근접하는 인체 조직으로 림프계(Lymphatic system)를 주목했다⁴²⁾.

림프계는 림프액이 間質(interstitial spaces)에서 혈액으로 돌아가는 추가적인 통로로서, 체액이 일단 림프혈관(lymphatic vessel)으로 들어가면 간질액은 림프액(lymph)이라고 한다. 림프액은 신체를 심장의 펌프작용에 의해 일주하는 것이 아니라 수동배출계(passive drainage system)를 통해 간질액을 혈류로 돌려보낸다. 림프절은 필터로 작용하여 체순환 내에 있던 박테리아나 바이러스, 그리고 기타 외부물질들을 추출해낸다⁴³⁾. 그러나 림프계의 역할 중 가장 중요한 것은 림프계가 혈관에서 직접 흡수에 의해 제거할 수 없는 단백질과 특성의 큰 물질을 조직 공간에서 운반할 수 있다는 것이다. 단백질의 조직 공간에서 혈액으로의 환류는, 없으면 24시간 안에 죽게 되는 필수적인 기능이다⁴⁴⁾. 이를 통해 체액의 균형을 맞출 수 있게 되기 때문이다⁴⁵⁾.

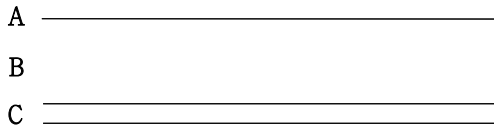
간질액압을 증가시키는 어떤 요소라도 림프관이 정상적으로 기능한다면 정상적으로 림프 흐름을 증가시킨다. 그 요소는 다음과 같다. 첫째, 모세혈관압의 증가, 둘째, 혈장 콜

로이드 삼투압의 감소, 셋째, 간질액 콜로이드 삼투압의 증가, 넷째 모세혈관의 투과성 증가가 그것이다. 이들 모두가 간질로 들어가는 용액의 이동을 도와주는 혈액 모세혈관막에서 액체 교환의 균형을 일으키므로 간질액 용적과 간질액압 그리고 림프의 흐름을 동시에 높인다⁴⁶⁾. 이렇게 생성된 림프액은 전체 몸 속에서 순수 여과의 정상 비율은 겨우 2ml/min 정도이고, 총량은 정상적으로 겨우 하루 2~3L 가량이다. 대신 림프 펌프는 운동 중에 매우 활발해져서 가끔 림프의 흐름을 10에서 30배 정도 증가시킬 수 있다. 반면에 휴식 기간에는 림프의 흐름이 완만해져서 거의 0이 된다. 이렇게 림프의 흐름은 혈관 내 혈액과는 달리 독립적으로 존재하고, 상당히 다른 양상을 갖고 있지만 기능적으로는 연계되어 있다. 림프의 흐름을 결정하는 요소를 크게 나누면, 첫째는 간질액압이고, 둘째는 림프 펌프의 활성화도이다⁴⁷⁾.

이상에서 살펴 본 림프계의 특성은 일부를 제외하고는 우리가 인식했던 衛氣와 대부분 일치한다. 낮에는 체표에서 순환하다가 밤이 되면 인체 안으로 들어간다는 점(운동 중에는 림프의 흐름이 10~30배 정도 증가되고, 반면에 휴식 기간에는 림프의 흐름이 완만해져서 거의 0이 된다), 皮膚를 운택하게 하고 방어작용을 한다는 점(림프절이 필터로 작용하여 박테리아나 바이러스, 그리고 기타 외부물질들을 걸러 낸다), 營衛氣 중 淸한 것이 營氣이고 濁한 것이 衛氣라고 한 점(혈관에서 직접 흡수에 의해 제거할 수 없는 단백질과 특성의 큰 물질을 조직 공간에서 운반한다)은 같은 現象에 대한 다른 표현 방식일 뿐이다.

41) 최현석, 『아름다운 우리 몸 사진』, 지성사, 2006, p.493.
 42) 이에 대해 이학로는 “혈액이 증가될 수 있는 원인 없이 혈관 이외의 부분에 어떠한 원인이 작용하여 압력이 증가할 경우에도 열의 현상이 발생할 수 있다. 예를 들어 림프 순환의 장애는 만성적인 열 발생의 한 원인일 수 있다.”고 하여, 림프계를 혈관 이외의 다른 순환계로 인식하고 림프계의 停滯에 주목한 바 있다. 이학로, 『한의학 순환구조론』, 주민출판사, 1999, p.66.
 43) Saimah Arif 外 著, 전국의과대학교수 譯, 『Mosby's Crash Course. Immune, Blood and Lymphatic Systems』, 한우리, 2000, p.9.
 44) Arthur C. Guyton 外 著, 의학계열교수 27인 共譯, 『의학 생리학 10판』, 정담, 2002, p.198.
 45) Romeshan Sunthareswaran 著, 전국의과대학교수 譯, 『Mosby's Crash Course. Cardiovascular System』, 한우리, 2000, p.62.
 46) 그러나 간질액압이 대기압에 비해 1~2mmHg 높아지면 림프의 흐름은 여전히 높은 압력에서 더 이상 올라가지 못한다. 왜냐하면 조직압을 올리면 림프 모세혈관으로 들어가는 액체만 올라가는 것이 아니라 큰 림프관의 바깥쪽 표면이 압박되므로, 림프의 흐름이 저해되기 때문이다.
 47) Arthur C. Guyton 外 著, 의학계열교수 27인 共譯, 『의학 생리학 10판』, 정담, 2002, p.198.

림프계와 衛分의 공통점을 통해, 衛分의 정체는 결국 림프계의 순환 정체라 판단할 수 있다⁴⁸⁾⁴⁹⁾. 이를 다시 惡風의 상황에 대입해 보기 위해 <그림2>을 다시 보자.



<그림2>체표(A)와 조직세포(B), 그리고 말초혈관(C)의 모습을 단면으로 나타낸 모식도

B에는 C로부터 체액이 충분히 공급되고 있다. B에는 림프계가 있어 평소에는 체액의 대부분을 처리하고 일부는 A를 통해 不感發汗 시켜 왔지만, 만약 B에 있는 림프계가 정상 작동되지 않아 체액을 제대로 배출하지 못하면, A를 통해 평소보다 많은 汗出이 있게 되더라도 B에는 체액이 평소보다 많이 남아있을 수 밖에 없다⁵⁰⁾⁵¹⁾. B에서의 압력의 증가는 결국 감각의 민감도를 올린다.

이를 미루어 생각해보면, 成無己가 『傷寒明理論』에서 ‘오풍은 방 안에서 휘장을 치고 지내면 풀리므로 바람을 타지 않지만, 간혹 부채질을 하거나 바람이 불면 선득선득하여 싫어하게 되니, 이것이 惡風이다⁵²⁾’라고 한 것은 온도감각에 대한 해석이 아니라, 압력 감각에 대한 해석으로 보는 것이 정확할 것이다.

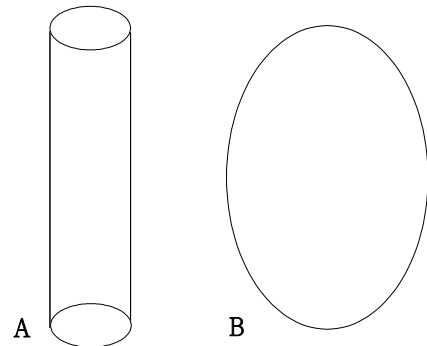
즉, 오한이 온도감각이라면, 오풍은 압력감각이다⁵³⁾.

(4) 脈緩

脈이 緩하다는 것은 혈관의 긴장도가 높지 않고 부드럽다는 의미이다. <그림1>에서 고찰해보면, B로의 흐름이 잘 되고 있는 상태이므로 A에서의 정체가 그다지 심하지 않으며, 또한 A 부근의 혈관벽의 근육층도 내부를 향해 조여오는 압력(혈관수축양상)이 거의 없는 상태이므로 맥벽의 느낌에 긴장도가 떨어진 緩脈이 나타나게 된다.

緩脈은 緊脈과 對待가 되는 脈狀이다. 緊脈이 높은 긴장도와 탄성이 있는 脈이라면, 緩脈은 부드럽고 여유있는 脈이라 할 수 있다. 『瀕湖脈學』 緊脈 主病詩에 ‘緊爲諸痛主于寒’이라 하여 緊脈의 가장 근본적인 원인을 寒으로 보았다⁵⁴⁾. 앞서 언급했듯이 邪氣에 의해 인체가 寒의 반응을 나타내는 경우는 혈관이 수축 양상을 보이는 경우이므로, 혈관벽의 벡터 방향이 중심부를 향하는 상황이다. 이 때 혈관에 혈액이 박동해서 혈관 밖으로 향하는 힘이 오면, 이 두 힘의 상충에 의해 긴장도가 높은 脈象이 나타나는데 이

것이 바로 緊脈이다.



<그림3>A. 응원할 때 사용하는 비닐 막대기 / B. 적당량의 바람이 차 있는 고무 풍선

<그림3>에서 A는 응원할 때 사용하는 비닐 막대기를 형상화한 그림이다. 여기에는 아무리 바람을 많이 넣어도 비닐이 터지기 전까지는 본 모습을 유지한다. 이를 外壁의 수축력으로 생각해보면 팽팽하게 부풀어 오른 비닐 막대기의 표면은 緊脈의 느낌과 유사할 것이다.

반면 緩脈은 『瀕湖脈學』 緩脈 主病詩에 ‘緩脈營衰衛有餘’라 하여 太陽中風證의 상황을 지적하였다⁵⁵⁾. 이 때 혈관 내외부의 상황을 살펴보면, 평소보다 많은 양의 혈액이 혈관 내부를 지나고 조직 부위에서 정체가 있으면서 脈管에는 약간의 浮脈이 형성된다. 하지만 혈관 자체에 수축 양상이 없으므로, 고무 풍선처럼 혈관벽의 탄성에 따라 여유있게 늘어나주는 상태가 된다. <그림3>에서 B는 적당량의 바람이 차 있는 고무 풍선을 형상화한 그림이다. 둥근 모양의 풍선은 풍선의 한계점에 이르기 전까지는 바람을 넣을

48) 지금부터는 衛分, 氣分을 림프계라 하고 논의를 전개하겠다.
 49) 이러한 해석은 논란의 여지가 있다. 정상적인 경우 림프의 총량이 하루에 2~3L 가량에 불과할 정도로 작은 흐름이라는 것, 림프신 군데 군데 분포한 림프관, 그리고 림프선이 존재하지 않는 영역(중추신경계, 각막, 내이, 피부의 표피, 연골, 골수 등) 등을 衛氣, 衛分의 영역으로 동일시 하기 위해서는 더 많은 연구가 뒤따라야 할 것으로 보인다. 하지만 현재로서는 가장 합리적인 해석으로 보인다.
 50) 이 때의 汗出은 증가된 압력을 감소시키기 위한 인체의 자구책이다. 이 과정을 통해 약간의 압력 감소를 유도할 수 있다.
 51) 모세혈관의 동맥쪽 끝에서 여과된 용액의 약 9/10가 정맥쪽 끝에서 재흡수 되게 한다. 나머지는 림프관으로 들어간다. 만약 A로의 汗出도 전혀 없고, B에서의 림프계도 전혀 작동되지 않으며, C로의 재흡수마저 여의치 않다면, B 부위에는 체액이 정체되는 浮腫이 생길 수 있을 것이다. Arthur C. Guyton 外 著, 의학계열교수 27인 共譯, 『의학 생리학 10판』, 정담, 2002, p.195.
 52) 惡風者, 謂常居密室之中, 揮帳之內, 則舒緩而無所畏也. 一或風扇, 一或當風, 漸漸然而惡者, 此爲惡風者也.
 53) 피부의 지각신경에는 觸覺, 冷覺, 溫覺, 痛覺, 壓覺이 있다.
 54) 이주호 外, 『瀕湖脈學按』, 초락당, 2007, pp.131~136.
 55) 上揭書, pp.137~142.

수록 크기가 커진다. 즉 외벽의 수축력이 크지 않아 내부 공기압에 의해 전체 모습이 좌우된다. 따라서 부드럽고 여유있는, 그러면서도 약간의 부풀어 오른 양상이 된다. 이런 상태가 緩脈이다.

이상의 제반 상황을 정리하면 다음과 같다. 어떤 이유로 인체의 말초 표층부가 폐색되었다. 그러나 이번에는 모세혈관의 폐색이 아니라 림프계의 폐색이다. 모세혈관으로부터 체액이 공급되기 때문에 조직 중에는 간질액이 충분하지만, 정상적인 배출로가 작동되지 못하여 체액이 정체되고 있다. 이 때 인체는 지구력으로 평소보다 많은 땀을 내보내고는 있지만 충분하지는 않다. 증가된 조직층의 압력은 압각 세포를 과민하게 만들 것이고, 이로 인해 피부의 감각이 예민해진다. 이를 惡風이라 한다. 말초혈관의 폐색이 없으므로 요골동맥에서의 혈액의 흐름은 수월한 상태이며, 따라서 맥은 緩하다.

이상에서 말초 림프계가 정체된 증후군을 中風이라고 정의하였다.

3) 傷寒에 대한 이해

▶ 제 3조 : 太陽病 或已發熱 或未發熱 必惡寒 體痛 嘔逆 脈陰陽俱緊者 名爲傷寒.

이 조문은 傷寒에 대해서 命名한 조문이다. 外邪에 감촉된 이후, 이미 말초부위가 폐색된 모습을 보고 太陽病이라 판단하였다. 그러나 여기서는 제 2조와는 달리 惡寒이 있다. 제 1조에서 오한의 기전에 대해 설명하였다. 오한은 말초혈관의 폐색으로 야기된 증상이다. 말초혈관이 폐색되면 放熱이 제한되므로 체온은 상승하게 된다. 현 시점이 <그림1>에서 A라면 아직 체온이 오르지 않았을 것이고(或未發熱), A-B 구간이라면 체온은 이미 상승했을 것이다(或已發熱). 하지만 말초가 폐색되었기 때문에 언젠가는 b 지점을 향해 체온은 오를 것이다⁵⁶⁾. 體痛은 말초혈관의 폐색으로 근육이 혈액의 자양을 받지 못해 나타나는 근육통의 양상일 것이다. 嘔逆은 胃腸管 증상인데, 일반적인 경우로 보이지는 않는다⁵⁷⁾. 말초혈관의 강한 수축은 요골동맥에서 혈액의 정체를 심하게 만들 것(혈액의 밀도가 높아지게 됨)이고 요골동맥 자체도 수축 양상이 있을 것이므로, 中風證에서와는 달리 긴장도가 높은 浮緊한 脈狀이 나타날 것이다⁵⁸⁾.

이상에서 말초 혈관계가 정체된 증후군을 傷寒이라고 정의하였다.

이 모든 것을 정리하면, 말초가 울체된 모든 증후군을 太陽病이라 하며, 그 중에서 衛分(림프계)이 울체된 경우는 中風, 血分(혈관계)이 울체된 경우는 傷寒이라 한다. 계지탕은 일반적으로 太陽中風證에 사용되는데, 이는 말초 림프계의 울체 상황이다.

2. 桂枝湯 方後註文에 대한 분석

이상에서 고찰한 『傷寒論』 太陽病의 病理, 病機를 통해 계지탕 방후주문을 분석해 보도록 하겠다.

▶ 계지(껍질을 벗긴 것⁵⁹⁾), 작약, 생강(썰은 것) 각각 3냥, 감초(볶은 것) 2냥, 대추(씻은 것) 12개. 이상의 5가지 약을 썰어서 물 7되에 넣고 약한 불로 달여 3되가 되도록 끓인 다음, 찌꺼기를 빼고 온도를 적당히 하여 1되를 복용한다. 복용하고 나서는 얼른 뜨거운 묽은 죽 1되쯤을 마셔서 약의 힘을 돋우고, 따뜻하게 이불을 2시간 정도 덮고서 온몸에 가랑비 젖듯이 땀이 나면 더욱 좋다. 물이 똑똑 떨어지듯이 나게 해서는 안되니, 병이 반드시 낫지 않게 된다. 한번 복용한 다음 땀이 나면서 병이 나으면 복용을 중지할 것이며, 반드시 다 먹을 필요는 없다. 땀이 나지 않으면 다시 이전과 같은 방법으로 복용한다. 그래도 땀이 나지 않으면 복용하는 시간을 앞당겨서, 한나절 정도에 3번 복용한다. 병이 중증이면 낮이나 밤 동안에 다 복용시키면서 내내 살펴보아야 한다. 1제를 다 먹었으나 병증이 여전히 남아있으면 다시 약을 지어 복용한다. 땀이 나지 않으면 2, 3번이라도 복용한다. 날 것이나 차가운 것, 기름진 것, 고기, 면류, 매운 것, 술, 유제품, 냄새가 심한 음식을 금한다⁶⁰⁾.

桂枝湯 方後註文을 통해 알 수 있는 계지탕의 중요한 복용법 몇 가지는 다음과 같다. 첫째, 복용 후 뜨거운 묽은 죽을 마시고 이불을 덮어 따뜻하게 하여 땀을 내야 한다.

56) 이에 대해 『通俗韓醫學原論』에서는 '나중에 열이 나지 않는 오한은 없다'고 하였다. 조현영, 『通俗韓醫學原論』, 학원사, 2007, p.170.

57) 위장관 증상이 아니라 뇌압 상승으로 인한 반응일 수도 있다.

58) 緊脈의 형성과 특징에 대해서는 앞에서 언급하였다.

59) 樹皮를 쓰는 약제에서 去皮한다는 것이 이상하겠지만, 이것은 코르크층을 벗겨내는 것을 말한다. 『傷寒論』 桂枝湯方 중 桂枝去皮는 현행 『대한약전한약(생약)규격집』의 桂心에 해당하며 肉桂의 幹皮에서 주피와 내피의 얇은 층을 벗겨 낸 것이다. 구민숙, 「桂枝湯方 중 桂枝去皮에 관한 본초사적 연구」, 동의대학교 대학원, 2009.

60) 右五味, 咬咀三味, 以水七升, 微火煮取三升, 去滓, 適寒溫服一升, 服已須臾, 薤熱稀粥一升餘, 以助藥力, 溫覆令一時許, 遍身絳微似有汗者益佳, 不可令如水流離, 病必不除. 若一服汗出病差, 停後服, 不必盡劑. 若不汗, 更服依前法. 又不汗, 後服小促其間, 半日許令三服盡. 若病重者, 一日一夜服, 周時觀之. 服一劑盡, 病證猶在者, 更作服. 若汗不出, 乃服至二三劑. 禁生冷, 粘滑, 肉麵, 五辛, 酒酪, 臭惡等物.

둘째, 땀은 몸에 약간 나올 정도로 해야지, 물이 뚝뚝 떨어질 정도로 해서는 안된다. 셋째, 땀이 나지 않으면 복용하는 시간을 앞당겨(간격을 짧게 하여) 복용하고 3제까지 복용해 본다. 넷째, 치료 중에 급하는 음식이 있다.

1) 뜨거운 물을 죽을 마시는 것과 금기식품에 대한 고찰

약을 복용한 후 뜨거운 물은 죽을 마셔 약의 작용을 도와 주라고 했는데, 금기였던 ‘날 것이나 차가운 것, 기름진 것, 고기, 면류, 매운 것, 술, 유제품, 냄새가 심한 음식’과 대비되는 뜨거운 물은 죽의 효과는 무엇인가?

죽의 효과를 논하기에 앞서 금기 식품으로 언급한 것을 고찰해보면, 모두 소화가 잘 안되는 음식이라는 공통점이 있다. ‘소화가 된다는 것’은 ‘소화기로 혈액이 몰려 소화기관들이 제 역할을 잘 한다’는 것인데, 소화가 잘 안되거나 찬 음식을 먹으면 소화기에 보다 많은 혈액이, 보다 오래 머물러 있어야 한다⁶¹⁾. 인체는 순환계로 구성되어 있는데, 폐쇄된 순환계에 내용물이 꼭 차 있는 상태로는 순환할 수 없다. 조금의 빈틈도 없이 물이 차 있는 물통은 아무리 흔들어도 내용물이 잘 섞이지 않는 것과 같다. 따라서 원활한 순환을 위해선 폐쇄 순환계의 일부는 비어있는 상태여야 한다. 혈액 요구량에 따라 분배량을 변화시키게 되면(예를 들어, 운동 중에는 골격근으로 가는 혈류량이 매우 상승한다)⁶²⁾, 혈액의 편중이 일어나게 된다. 만약 소화기계에 많은 혈액이 집중되어 있는 경우라면, 말초혈관계로 혈액 공급이 제한될 수 밖에 없다. 즉, 소화가 잘 안되는 음식의 섭취는 말초혈관계로의 순환을 저하시킬 수 있는 요인이 되는 셈이다.

따라서 태양병의 상황에서는 소화에 부담이 되는 음식은 물론, 대부분의 음식 역시 제한하는 것이 좋다. 그런데 여기에서는 죽은 예외로 하였고, 오히려 약만으로는 부족한 효과를 보조하도록 하였다. 죽은 ‘곡물에 물을 많이 부어 오랫동안 가열함으로써 곡물의 알이 부서져 매우 연하게 되고 녹말이 완전히 호화되어 풀의 상태까지 되게 하는 음식’을 말하는데, 소화가 매우 쉬우므로 주식의 개념보다는 노인, 유아, 환자 음식과 같은 보양 건강식으로 많이 이용된다. 하지만 죽은 수분이 많아 한 끼의 식사에서 필요한 열량을 섭취하기가 어렵기 때문에 연식 단계가 오래 지속되면 열량 및 영양소의 결핍이 걸리기 쉽다는 단점이 있다. 일반적으로 물은 죽이라 할 수 있는 1부죽은 쌀 15g에 물

1000ml를 넣고 끓인 것으로 약 32kcal 가량이며, 3부죽은 쌀 50g에 물 1000ml를 넣고 끓여, 약 41kcal 가량이다⁶³⁾. 일반적인 사과 250g짜리 한 개의 칼로리가 130kcal임을 고려한다면 영양학적으로는 매우 부족한 셈이다⁶⁴⁾. 대신에 풍부한 양의 수분이 매우 빠르게 체내로 흡수될 수 있고, 뜨겁게 먹을 경우 체온을 올릴 수 있다. 여기에서 섭취한 음식물의 온도와 체온과의 상관성에 대해 연구한 자료를 참조해 보겠다.

▶ 섭취한 음식물의 온도에 따라서 달랐지만 대개 1분 이내로 소화관을 비롯한 모든 신체기관의 체온이 변한다. 하지만 찬 음료수를 마셨다고 하여도 인체의 체온 조절 메커니즘에 의해 5분 이내에 위의 온도가 30°C 이상으로 데워졌다고 한다. 또 50°C의 따뜻한 오렌지주스를 마셨을 때는 20분 내에, 4°C의 찬 오렌지주스를 마셨을 때는 조금 더 시간이 걸려 30분 내에 소화관의 온도가 거의 정상으로 데워졌다고 하였다. 즉 더운 식사보다 찬 음식이 시간이 조금 더 걸리기는 하지만 대개 20~30분 내에 위의 온도는 정상으로 회복됨을 알 수 있었다. 한편 Hot Meal 후 측정된 체온을 식전체온과 비교해 본 결과 식사 직후, 식후 5, 10, 15, 20, 25와 45분 후에 측정된 심부 체온이 식전 체온보다 유의하게 높게 나타났다. 그러나 Cold Meal에서는 식사 전 후에 측정된 체온이 유의하게 달라지지 않았다.

이 연구⁶⁵⁾ 결과에 의하면, 인체는 차거나 따뜻한 음식을 섭취해도 짧은 시간 내에 소화관내 온도를 정상 수준으로 회복한다는 것을 알 수 있다. 결국 체온과 차이가 나는 음식물이 위장에 들어와 인체와 열평형을 이루었다는 것인데, 이는 인체의 입장에서는 따뜻한 음식물로부터 열 에너지를 공급받은 것이고, 찬 음식물에게는 인체의 열 에너지를 빼앗긴 셈이 된다. 특히 Hot Meal을 섭취하고 열평형으로 체온이 상승하게 되면 열을 방출하기 위한 기전이 작동되게 할 것인데, 이는 결국 인체 말초혈관으로의 혈액 공급 증가로 이어지게 된다.

그렇다면 『傷寒論』 내 다른 태양병 解表處方도 이와 같은 처치가 필요한가? 복용 후 처치법에 대해 논한 해표처방은 桂枝加葛根湯, 葛根湯, 麻黃湯 등이 있는데, 여기에서

61) 음식물이 도달되었을 때 충만이 발생하는 것은 국소적 호르몬(가스트린, 콜레시스토킨)과 소화산물(포도당, 지방산), 그리고 미주 신경 활동성의 증가에 기인한다. Romeshan Sunthareswaran 著, 전국의과대학교수 譯, 『Mosby's Crash Course, Cardiovascular System』, 한우리, 2000, p.75.

62) 上掲書, p.4.

63) 양윤형, 「쌀죽의 편이화를 위한 이화학적, 관능적 특성 연구」, 충남대학교 대학원, 2006.

64) 한영실, 『쉽게 찾는 칼로리북』, 현암출판사, 2001.

65) 장희애, 「뜨거운 국의 포만효과」, 경상대학교 대학원, 2008.

는 전부 ‘覆取微似汗，不須啜粥，餘如桂枝法將息及禁忌’라 하여 뜨거운 죽을 마시는 과정이 불필요하다고 하였다. 발한을 시키기 위한 다른 과정은 대부분 동일하며, 단지 뜨거운 죽의 복용을 권한 경우는 없다. 분명히 발한을 전적으로 시키는 처방이며, 뜨거운 죽을 마시는 것이 발한에 도움이 될 것임에도 불구하고 이 과정이 필수적이지 않다고 한 것은, 이들 처방과 계지탕이 서로 다른 기전으로 작용하고 있음을 암시한다. 이에 대해 ‘계지탕의 藥力이 약해서 약만으로는 효과를 낼 수 없기 때문에 뜨거운 죽의 힘을 이용한 다’는 해석⁶⁶⁾도 있으나, 만약 약만으로 효과가 부족했다면 倍方을 하거나 약력을 높일 수 있는 약재를 사용함이 옳은 것이다.

계지탕처럼 뜨거운 죽을 먹는 경우는 『傷寒論』에서는 더 이상 없고, 『金匱要略』 처방 중에는 瓜蒌桂枝湯과 桂枝加黃芪湯 등이 있다. 瓜蒌桂枝湯⁶⁷⁾은 柔瘕⁶⁸⁾을 치료하는 처방이고, 桂枝加黃芪湯⁶⁹⁾은 黃汗⁷⁰⁾을 치료하는 처방이다. 계지탕을 포함한 이 세 처방의 공통점은 營衛不和가 있다는 점이다. 『傷寒論』에서는 營衛不和라는 표현은 없고 營弱衛強이라고 표현⁷¹⁾하였는데, 營弱衛強에 대해 郭雍⁷²⁾은 『傷寒補亡論·卷八』에서 “營弱은 화평한 것을 말하고, 衛強은 風邪가 올라타서 생기는 것이다. 風邪를 쫓아내려면 계지탕을 써서 衛分으로 들어가게 하고 營分을 動하게 하지 않아야 한다.”⁷³⁾고 하였고, 喻嘉言⁷⁴⁾은 『尚論篇·卷一』에서 “衛氣는 邪氣가 들어와 돌우어서 강해지고 營氣는 邪氣의 돌우는 바가 없어서 약한 것이다. 앞에서 陽浮陰弱이라고 한 뜻과 같다.”⁷⁵⁾고 설명하였다. 즉 衛分에 邪氣가 들어 홀로 邪氣盛해지면 營分과의 조화가 깨지게 되는데, 이를 營衛不和라고 한 것이다. 衛分의 邪氣를 제거하기 위해 계지탕과 뜨거운 묽은 죽을 사용하였으며, 이렇게 하여 邪氣가 제거되면 營衛가 和해져서 병이 낫게 된다⁷⁶⁾. 이에 대해 吳謙⁷⁷⁾은 『訂正傷寒論注·卷一』에서, “營衛의 기운은 다 胃中 後天之 穀氣에서 생기는 것이며, 기운 중에서 맑은 것은 營氣가 되고 탁한 것은 衛氣가 된다. 衛氣는 기운이 빠르고 사나운 것이며, 營氣는 血中の 정미롭고 순수한 것을 말한다. 몸에 깃드는 것으로 말하자면 氣血로 볼 수 있고, 흐르는 것으로 보자면 營衛라고 할 수 있다. 營氣는 脈中으로 흐르니 陰에 속하고, 衛氣는 脈外로 흐르니 陽에 속한다. 營衛가 흐르게 되는 것은, 다 腎中の 先天의 一氣로 인한 것이니, 氣로 말하자면 營氣, 衛氣라 한다.”⁷⁸⁾고 하였다. 이 말로 미루어 보면 계지탕을 복용 후 뜨거운 묽은 죽을 마시는 것은, 穀氣 중 剽悍한 성분이 衛分의 울체

66) 大塚敬節 主編, 馮哉乎也 譯, 『金匱要略講話』, 의방출판사, 2003, p.352.

67) 太陽病, 其證備, 身體強, 几几然, 脈反沈遲, 此爲瘕, 瓜蒌桂枝湯主之. 瓜蒌根 二兩, 桂枝 三兩 去皮, 芍藥 三兩, 甘草 二兩 炙, 生薑 三兩 切, 大棗 十二枚 擘. 경희대학교 제49기 졸업준비위원회, 『金匱要略湯證論治』, 정담, 2001, 2p.

68) 瘕症의 하나. 柔瘕, 瘕라고도 하며, 『丹溪心法』에서는 陰瘕이라 하였다. 몸에서 열과 땀이 나고 목이 뻣뻣해지면서 땅기며 머리가 흔들리고 입이 딱 물리며, 손발을 버둥거리고 심하면 몸이 각궁처럼 뒤로 휘며 맥이 沈遲하다. 대부분 風濕의 邪를 감수함으로써 발생한다. 『金匱要略·瘕濕喝病脈證治』에서 “태양병에 발열, 한출하고 오한하지 않는 것을 柔瘕이라고 한다.”라고 하였다. 『金匱要略心典·上卷』에서는 “太陽病으로 열과 땀이 나는 것은 표가 허하기 때문이니 당연히 오한해야 하는데, 오한하지 않는 경우는 풍사가 열로 변하여 밖으로 근맥을 손상시킴으로써 경병이 된 것이다.”라고 하였다. 栝蒌桂枝湯을 가감하여서 治療한다. 전통의학연구소 編, 『韓醫學辭典』, 성보사, 1997.

69) 黃汗之病, 兩脛自冷. 假令發熱, 此屬歷節. 食已汗出, 又身常暮盜汗出者, 此勞氣也. 若汗出已反發熱者, 久久其身必甲錯. 發熱不止者, 必生惡瘡. 若身重, 汗出已輒輕者, 久久必身腫, 臑即胸中痛, 又從腰以上必汗出, 下無汗, 腰體弛通, 如有物在皮中狀, 劇者不能食, 身疼重, 煩燥, 小便不利, 此爲黃汗, 桂枝加黃芪湯主之. 諸病黃家, 但利小便, 假令脈浮, 當以汗解之, 宜桂枝加黃芪湯主之. 桂枝 三兩 去皮, 芍藥 三兩, 甘草 二兩 炙, 生薑 三兩 切, 大棗 十二枚 擘. 경희대학교 제49기 졸업준비위원회, 『金匱要略湯證論治』, 정담, 2001, 455p.

70) 몸이 붓고 열이 나며 누런 땀이 많이 나는 병증. 『金匱要略·水氣病脈證并治』에 “黃汗은 몸이 붓고 열이 나며 땀이 나면서 목이 말라 증상이 風水와 같되 땀이 옷을 적서 옷이 마치 황벽나무 즙처럼 쉴수렁이 脈이 저절로 沈하다.”라고 하였다. 정강이가 차고 몸이 저릿하고 무거우며 허리와 엉덩이뼈가 늘어져서 아프고 소변이 순조롭지 못한 등의 증상이 아울러 나타난다. 땀을 내고 나서 물에 들어가 營衛가 막히거나 脾胃에 濕熱이 맺혀 숨어 있다가 살갓을 熏蒸함으로써 발생한다. 實衛和營, 行陽益陰하여야 하니 芪芍桂湯, 桂枝加黃芪湯 등을 쓴다. 전통의학연구소 編, 『韓醫學辭典』, 성보사, 1997.

71) 제 95조(太陽病 發熱 汗出者 此爲營弱衛強 故使汗出 欲救邪風者 宜桂枝湯).

72) (?~1187年) 宋代의 醫家. 字는 子和. 洛陽(지금의 河南 洛陽)人. 少年時에 父親으로부터 儒學을 배우고, 그 후 醫書의 研鑽에 전념하였으며, 특히 傷寒에 주력해서 晩年에 『傷寒補亡論』 20卷을 撰한. 한의학대사전편찬위원회, 『漢醫學大辭典 醫史文獻編』, 동양의학연구원출판부, 1985.

73) 營弱者 自和也. 衛強者 風邪乘之也. 欲逐風邪 須令桂枝入衛則不動營也.

74) (대략 1585~1664年) 清初의 저명한 醫家. 字는 嘉言, 別號는 西昌老人. 新建(지금의 江西 南昌)人. 青年時에 科擧에 합격하여 上京했는데, 清軍이 入關한 후 은거하면서 醫書를 研讀하고, 南昌, 靖安 等地를 遊歷하다가, 후에(1644~1661) 常熟에서 醫業을 하여 명성을 떨친. 학술상 특히 『傷寒論』을 推崇하였고, 方有執의 『傷寒論條辨』의 기초 위에 傷寒論條文을 더 분류, 귀납하였다. 晩年에 『寓意草』(1643年), 『尚論篇』(1648年), 『醫門法律』(1658年) 等書를 著作함. 한의학대사전편찬위원회, 『漢醫學大辭典 醫史文獻編』, 동양의학연구원출판부, 1985.

75) 衛得邪助而強 營無邪助故爲弱也. 則前陽浮陰弱之義.

76) 제 35조(病常自汗出者 此爲榮氣和 榮氣和者 外不諧 以衛氣不共榮氣諧和故爾 以榮行脈中 衛行脈外 復發其汗 榮衛則愈 宜桂枝湯).

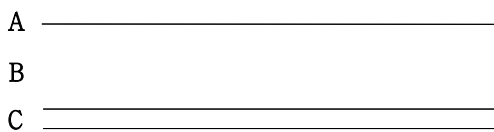
77) 清代의 名醫. 字는 六吉. 安徽 歙縣人. 1736年 이후(乾隆年間)에 벼슬이 太醫院判에 이르렀고, 劉裕鐸과 같이 清代에서 가장 큰 綜合醫書인 『醫宗金鑑』을 主編하였다. 그 중 『訂正傷寒論注』와 『訂正金匱要略注』 二種은 吳氏의 自編이다. 한의학대사전편찬위원회, 『漢醫學大辭典 醫史文獻編』, 동양의학연구원출판부, 1985.

78) 榮衛二者 皆胃中後天之穀氣所生 其氣之清者爲榮 濁者爲衛. 衛卽氣

에 조금이라도 더 작용하라는 뜻으로 해석할 수 있다. 만약 이런 이유였다면 이 부분은 다분히 관념론적인 해석으로 보인다. 만약 뜨거운 물을 죽을 마시지 않고 땀을 낸다면 효과를 보지 못할 것인가? 아니면, 죽 대신에 뜨거운 물을 마셨다면 다른 결과가 나왔을 것인가? 아마도 그렇지 않을 것이다. 이 부분에 대해서는 추후 보다 정확한 비교 실험이 있기를 희망한다.

다만 여기에서 張仲景이 강조하고 싶었던 것은, 계지탕은 解肌劑로서 血分이 아닌 衛分에 작용하는 처방이라는 점이 있을 것이다. 계지탕의 효능에 대해 ‘止汗劑’ 혹은 ‘發汗劑’라는 논쟁이 있으나, 기본적으로 계지탕은 ‘解肌劑’이다. 제 16조에서 ‘桂枝本爲解肌’라고 한 것이 바로 그것이다⁷⁹⁾. 解肌란 解表法의 일종으로 완만한 발한을 통해 營衛를 조화시켜 肌表의 사기를 풀어주는 치료방법을 말한다. 解肌에 대해 方有執⁸⁰⁾은 『傷寒論條辨·卷一』에서 “解는 보호하여 구해주면서 풀어준다는 말이고, 肌는 肌膚의 살을 말한다. 대개 풍사는 衛分에 적중하니, 衛分이 견고하지 못하면 열이 나고 땀이 나면서 찬바람을 타게 된다. 衛氣는 맥 바깥으로 도는데, 肌膚의 살이 있는 부위에 해당한다. 계지탕으로는 보호하여 구해주면서 뜨거운 죽으로는 풀어주면 병이 풀리게 되니, 본디 기육을 풀어주는 약이라고 말한 것이다.”⁸¹⁾라고 하였고, 柯琴⁸²⁾은 『傷寒論注·卷一』에서 “解肌는 肌肉의 땀이 나는 것을 해소시킨다는 뜻이며, 속의 肌膚에서 땀이 저절로 나는 것이니 마황탕을 쓰지 않는 것이다.”⁸³⁾라고 하였다⁸⁴⁾.

<그림2>을 통해 解肌라는 것을 구조적인 부분에서 해석해 보겠다.



<그림2>

현재 말초혈관(C)의 흐름은 양호한 상태이다. 혈관으로부터 혈액이 가져온 津液(산소와 영양분)은 B부위로 충분히 공급된다. 하지만 B(림프계)에서 배출 작업이 원활하지 않다. A로 일부 발설(汗出)해 보지만, 그 정도로는 압력의 해소에 충분하지 않다. 따라서 B 부위에는 정체압이 발생하게 되고, 피부의 감각이 예민해진다(惡風). 즉, 營衛不和란 營(C)과 衛(B)의 압력 균형이 깨져서 나타나는 제반증상이 되는 셈이고, 이 경우에는 C에 비해 B가 월등히 높은 압력

을 가지고 있다는 말이다(營弱衛強). 이 때 解肌란 말 그대로 肌(B)를 풀어준다(解)는 것으로, B에 걸려있는 압력을 줄여 준다는 말이다. B의 압력을 줄이려면 첫째, 림프계의 배출력을 높이거나(정상으로 회복하거나), 둘째, A로의 배출(發汗)을 많이 시키거나, 셋째, C로의 흡수율(말초혈관 정맥측 끝 부위에서의 회수율)을 높이면 된다. 이렇게 되는 것이 營衛和이고, 이러한 작용을 하는 것이 桂枝湯인 것이다. 이에 대해 『傷寒論臨床應用五十論』⁸⁵⁾에서는 다음과 같이 설명하였다.

- ▶ 계지탕은 가히 解肌할 수 있다. 이것은 계지탕이 능히 營衛를 조화하는 효능에 대한 구체적인 표현이다. 다만 계지탕이 영위를 조화하는 효능은 해기하여 太陽中風의 營弱衛強證을 치료하는 것으로만 표현되지는 않는다. 이 외에도 표의 營衛不和의 증은 모두 계지탕을 사용하여 치료할 수 있다.
- ▶ 계지탕으로 치료한다는 것은 영위를 조절하여 영위가 서로 和하게 하여 낮게 하는 것이다.
- ▶ 營衛不和證은 自汗출로만 표현되는 것이 아니고 영위의 운행이 滲해져서 身痒, 혹은 肌膚麻木不仁과 같은 증상도 나타난다.
- ▶ 仲景은 계지탕을 사용하여 裏症을 치료할 때나 雜病을 치료할 때에, 그 복약 방법으로, 계지탕이 표증을 치료할 때 사용한 “熱熱稀粥”이나, “溫覆”의 특별한 요구를 사용하지 않고 있다⁸⁶⁾.

之剽悍者也。榮卽血中之精粹者也。以其定位之體而言 則曰氣血 以其流行之用而言 則曰榮衛。榮行脈中 故屬於陰也。衛行脈外 故屬於陽也。然榮衛之所以流行者 皆本乎腎中先天之一氣 故又皆以氣言 曰榮氣衛氣也。

- 79) 이 조문에 대해 吉益東洞은 그의 저서 『藥徵』에서 “張仲景의 본義가 아니고 注文이 잘못 들어간 것 같다.”고 하였다. 吉益東洞著, 정창현 外譯, 『藥徵』, 청흥, 2006, p.218.
- 80) 明代의 醫家. 字는 仲行, 歙縣(지금의 安徽歙縣)人. 傷寒學을 상당히 연구하였으며, 특별히 張仲景을 숭상했는데, 『傷寒論』이 王叔和의 編次를 거쳐 이미 改變된 데다, 成無已의 註釋이 또한 竄亂이 많은 것으로 보았다. 그래서 20년의 노력 끝에 『傷寒論』을 逐條로 考訂하여, 71歲時에 『傷寒論條辨』 八卷을 완성했는데(1593年), 『傷寒論』의 六經篇文에 대한 주석이 상당히 詳細하다. 한의학대사전편찬위원회, 『漢醫學大辭典 醫史文獻編』, 동양의학연구원출판부, 1985.
- 81) 解者, 救護而釋散之之謂也. 肌, 膚肉也. 蓋風中衛而衛不固, 發熱汗出而惡風. 衛行脈外, 膚肉之分也, 桂枝救護之, 熱粥釋散之, 病之所以解也, 故曰本爲解肌.
- 82) 清初의 醫家. 字는 韻伯, 號는 似峰. 原籍은 浙江 慈溪인데, 후에 甯의 虞山(江蘇 常熟)으로 移居하였다. 대표적인 著作으로 『傷寒來蘇集』(1669년)이 있는데, 이는 『內經』 이론에 근거하여 仲景의 학문을 설명한 것으로, 그는 仲景의 書가 王叔和의 編次를 거쳐 많이 混亂되었고, 기타 諸家로서 方有執, 喻昌 등의 주석이 原篇의 論旨와 많이 달라진 것으로 보았다. 張仲景의 六經立法은 傷寒一果에만 국한시켜서는 안되며, 雜病 역시 그 예에 따라야 한다고 보았다. 한의학대사전편찬위원회, 『漢醫學大辭典 醫史文獻編』, 동양의학연구원출판부, 1985.
- 83) 解肌者, 解肌肉之汗也, 內膚之汗自出, 故不用麻黃.
- 84) 진주표 編譯, 『傷寒論用語辭典』, 법인문화사, 2006.
- 85) 裴永清, 『傷寒論臨床應用五十論』, 學苑出版社, 1995, pp.44~45.
- 86) 桂枝湯可以解肌, 就是桂枝湯能調和營衛之功能的一種體現, 但桂枝湯

만약 계지탕이 이러한 기전으로 유발된 營衛不和를 해소할 수 있는 탁월한 解肌劑라면, 앞서 말한 세 가지 기전, 즉 림프계의 배출력을 높이고, 발한을 유도하며, 혈관계로의 회수율을 높여줄 것이다. 하지만 계지탕 자체만으로는 發汗을 시킬 수 있는 능력이 부족하기 때문에 뜨거운 죽을 먹고 이불을 덮어 땀을 내는 과정이 필요한 것이다. 이에 대해서는 뒤에서 다시 언급하도록 하겠다.

계지탕은 말초혈관 수축으로 인한 無汗의 상황에 사용하는 혈관 확장용 발한 처방이 아니기 때문에 煎湯할 때에도 急火(武火)가 아닌 微火(文火)를 사용한다⁸⁷⁾. 일반적으로 解表할 목적으로 하는 湯劑는 유효성분이 휘발되는 것을 방지하기 위해서 水量이 적어야 함은 물론 煎湯하는 시간도 짧아야 한다(武火). 왜냐하면 解表하는 약물들은 滋補하는 처방에 비하여 가볍고 방향성이 많으므로 짧은 시간 내에 유효성분 추출이 용이하고 전탕되어 증발하는 물의 양도 많지 않기 때문이다. 반면 滋補하는 처방들은 속이 차 있거나 무겁고 氣味가 厚하기 때문에 解表하는 처방보다 상대적으로 전탕하는 水量이나 시간을 길게 한다(文火)⁸⁸⁾. 그러나 계지탕은 微火로 煎湯한다. 이는 계지탕이 發散하는 효과와는 무관하다는 뜻이다⁸⁹⁾.

2) 땀을 약간 내는 것에 대한 고찰

한편, 계지탕을 복용한 후 땀은 몸이 약간 나올 정도로 해야지, 물이 뚝뚝 떨어질 정도로 해서는 병이 제거되지 않는다고 하였다. 그 동안 發汗에 대한 일반적인 해석은, 發汗을 시키면 汗을 따라 邪氣가 함께 배출된다는 식으로 표현해왔다. 더불어 過發汗을 하게 되면 亡陽證이 되므로 병이 낫지 않는다고 하였다. 그러나 이 둘의 표현은 모순이다. 만약 邪氣가 땀을 통해 배출된다면 땀이 많이 날수록 邪氣는 많이 배출될 것이기 때문이다. 그렇지 않다면 邪氣는 잠깐 흘리는 약간의 땀으로 전부 배출될 수 있다는 말이 된다. 또 잠깐의 發汗을 넘어서는 過發汗에는 邪氣가 이미 모두 배출되고 邪氣가 없는 쓸모없는 땀이라는 결론이 된다.

생리적으로 땀은 전적으로 解熱을 위한 장치다. 인체가 과열되면 몸의 열은 크게 두 가지 방법으로 외부로 발산되는데, 첫째, 몸 속의 열이 상대적으로 온도가 낮은 부위인 피부로 이동해 발산되는 방식이다. 피부는 공기와 직접 접촉하고 있어 몸 속보다 온도가 낮다. 이 과정을 통해 발산되는 열량은 전체 열량의 15~20% 정도다. 둘째, 인체에 존

재하는 2백~3백만 개의 땀샘에서 분비된 땀을 공기 중에 수증기로 확산시킴으로써(氣化熱⁹⁰⁾) 열을 발산하는 방법이다. 몸에서 발산되는 열량의 80% 정도가 이 방식을 통해 발산된다. 특히 주변의 온도가 피부 온도보다 높을 경우 피부를 통한 열의 발산이 이루어질 수 없기 때문에 땀이 중요한 역할을 한다. 이처럼 땀은 과열된 체온을 억제하는 가장 중요한 방어 메커니즘으로, 보통 대뇌 온도가 36.9℃에 도달하면 피부에 분포돼 있는 땀샘을 통해 땀이 분비된다(온열성 발한)⁹¹⁾. 이러한 땀으로 세균이나 바이러스가 배출될 수는 있지만, 그 숫자는 매우 적어서 무시할 수 있는 수준이다⁹²⁾. 즉 '發汗을 따라 邪氣가 함께 배출된다'는 표현은 틀린 셈이다. 이 표현을 바르게 한다면, '發汗이 될 때까지 체온이 오르면 邪氣로 인한 증상이 해소된다'고 해야 할 것이다.

그렇다면 왜 發汗이 과도할 때 역효과가 나는 것인가? 이 질문에 대한 해답은 땀의 성분과 그 변화 과정을 이해해야만 알 수 있다.

땀은 99%가 수분이며 약간의 염분과 미네랄 성분을 함유하고 있어 혈장과 거의 비슷한 조성을 보인다. 염분의 농도는 땀이 나는 정도에 따라 차이가 많아 0.3~0.9%까지의 변화를 보이는데, 평균 0.65% 정도이고 땀이 많이 날수록 농도가 떨어진다⁹³⁾. 즉, 땀을 많이 흘리게 되면 신체는 전해질보다 수분을 더 많이 잃게 되므로 혈장 속의 총 전해

調和營衛之功不僅僅表現爲解肌以治太陽中風證的營弱衛強，舉凡在表之營衛不和之證，皆可以桂枝湯治之。治以桂枝湯，旨在調其營衛，營衛和即愈。營衛不和不僅僅表現爲自汗出，過可由於營衛之行澁而致身痒，或肌膚麻木不仁。仲景用桂枝湯治裏證，治雜病時，在服藥方法上絕無桂枝湯治療證時那種“暖熱稀粥”，“溫覆的特殊要求了。

87) 『微火煮取三升』

88) 윤용갑, 『東醫方劑와 處方解說』, 의성당, 2002, p.48.

89) 『傷寒論』 전체 처방 중 微火로 煎湯하는 처방은 桂枝湯 외에 桂枝加厚朴杏子湯, 小建中湯, 調胃承氣湯, 桃核承氣湯, 大承氣湯, 蜜煎 등 총 7方 이다. 이 중 小建中湯은 처방을 모두 煎湯한 후 膠飴를 넣어 녹일 때만 微火로 가열하는 것이고, 調胃承氣湯과 桃核承氣湯, 大承氣湯은 芒硝를 넣은 후에만 微火로 가열하며, 蜜煎은 銅器에 끓이므로 微火로 가열하게 하였다. 즉, 순수한 의미의 微火煎湯은 桂枝湯과 桂枝加厚朴杏子湯 뿐이다. 桂枝加葛根湯이나 桂枝加附子湯 등과 같은 기타 桂枝湯의 類方은 모두 微火로 전탕하지 않는다. 이 두 처방의 기전에 대해서는 추후 언급한다.

90) 물이 증발할 때 물 1g당 약 585cal의 열이 필요하다. 이대택, 『인간은 환경에 어떻게 적응하는가』, 지성사, 1998, p.70.

91) 『과학동아 1997년 8월호』, 동아사이언스.

92) 직접적인 비교는 어렵겠지만, 에이즈 바이러스의 경우 HIV감염 초기인 급성원발성 HIV감염증 시기에는 땀을 경우 감염인의 혈액 속에 100,000,000copies/mL 정도까지 있을 수 있고 정액 속에도 같은 정도의 바이러스가 있다. 하지만 체액 중에 침이나 눈물, 땀, 소변, 대변 등에는 바이러스가 거의 없어 0~5copies/mL 정도이다. 한국에이즈정보센터. <http://www.aidsinfo.or.kr>

93) 최현석, 『아름다운 우리 몸 사진』, 지성사, 2006, p.168.

질의 양은 줄어들겠지만, 체내의 무기질 농도는 오히려 상승하게 된다는 것이다.

예를 들어 마라톤 선수가 전 구간을 주파할 때 뇌에 있는 혈액순환조절중추가 초기에는 운동하는 근육과 피부로 가는 혈류량을 모두 증가시킨다. 근육에는 산소를 공급하고 피부에는 체열 발산으로 땀을 흘려 체온상승을 방지하기 위해서다. 그러나 계속 땀을 너무 많이 흘려서 ‘혈액 내 수분이 줄어들면 점성도가 높아지면서’ 상황이 달라진다. 혈류저항이 증가해 순환장애가 오게 된다. 따라서 마라톤 후반부에는 혈액순환조절중추가 근육으로만 혈액을 보내고 피부로는 혈액을 보내지 않는 일이 벌어진다. 이로 인해 땀을 흘리지 못하고 체온이 급상승해 고체온증에 빠진다. 그 결과 정신기능에 혼동이 오므로 효과적으로 운동을 수행할 수 없다. 마라톤 후반부에 선수가 경기를 포기하는 경우의 대부분은 바로 이 때문이다. 마라톤 경기 도중 군데군데 물이 비치돼 있는 이유도 고체온증을 막기 위해서다. 땀으로 소실된 체액을 일부라도 보충해 순환기능을 원활히 유지시키는 것이다⁹⁴⁾.

즉, 과도한 발한은 체액의 손실을 초래하여 도리어 말초혈관계를 폐색하는 것과 같은 효과가 유발된다. 발한은 체온을 낮추기 위한 과정인데, 도리어 체온을 높리게 되는 아이러니가 생기게 되는 것이다.

이를 태양병의 상황에서 다시 설명하면, 過發汗은 邪氣를 모두 내보낸 후 邪氣가 없는 땀만 흘리게 되어 亡陽證이 되는 것이 아니라, 表의 울체를 해소하기 위해 발한을 시켰으나 오히려 表를 더욱 울체시킨 역효과에 대한 염려인 것이다. ‘병이 반드시 낫지 않게 된다’고 한 것은 過發汗 후 나타나는 이런 病機를 이해한 것이다.

3) 약의 복용법에 관한 고찰

약의 복용에 대해 땀이 나지 않으면 복용하는 간격을 짧게 하여 복용하고 3제까지 복용하라고 하였다. 오늘 날 일반적인 약의 복용 방법은 1일 3회, 식후 복용인데, 초기 의도했던 효과가 나지 않으면 집중적인 투약이 필요함을 생각해 볼 필요가 있겠다. 물론 이런 대응법은 內傷雜病보다는 外感病의 경우에 훨씬 더 유효할 것이다. 만약 3제(3일분)까지 복용했는데도 효과가 없다면, 이는 환자에게 맞는 처방이 아니라는 의미이므로 재 처방하는 것이 옳을 것이다.

IV. 考察

중국 역사학의 창시자로 볼 수 있는 司馬遷(기원전 145~87년)은 “양자강 남쪽의 땅은 낮고 기후가 습하다. 성인남자는 젊어서 죽는다. 또한 이 지방에 농사짓기 좋은 토지가 많으나, 인구는 적다”고 했다. 사마천은 『史記』를 쓰기 위해 중국 여러 곳을 살살이 돌아다녔기 때문에 이 지적인 확실히 권위 있는 증언이라 하겠다. 사마천 이후에 남겨진 각종 문헌에 따르면 남쪽이 북쪽에 비해 매우 비위생적인 것은 당연하다고 한다. 남쪽을 여행하려는 사람을 위한 안내서를 보면, 좋지 못한 병에 걸렸을 때 써야 할 처방이나 약의 이름이 나온다. 물론 이런 안내서는 별로 도움이 되지 않았다. 남쪽에 파견된 관리들의 임기는 매우 짧았고, 이들 중 많은 사람들이 죽었다는 기록도 있다.

현재의 기록만으로는 고대 중국 문명이 어떻게 남쪽으로 확장되었는지 알 수 없다. 확실한 것은 중국 남부지방의 발달은 한왕조가 끝난 이후였다. 오늘날에는 거의 중국의 중심부라고 말할 수 있는 중국 남부지역에 이처럼 정착이 늦었다는 점은 이상하게 볼 수도 있을 것이다. 이러한 결과에 정치, 군사적 요인은 별로 큰 영향을 주지 않았다. 농사를 지을 수 있는 조건으로 본다면 오히려 이 지역의 발전이 더 촉진되었을 것이다. 기후는 따뜻하고 농작물의 성장기간도 길며, 비가 많이 와서 가뭄이 들 위험도 거의 없었기 때문이다. 게다가 양자강은 서쪽의 높은 고산 지대로부터 흘러나와 여러 호수를 지나 흐르기 때문에 황하처럼 토사가 대량으로 가라앉아 물의 흐름을 방해될 가능성도 없다. 황하의 가장 큰 골칫거리인 하상의 상승을 걱정할 필요가 없는 것이다. 따라서 황하의 경우와 같이 제방이나 수로망 구축이 그렇게 힘들지 않았다. 다시 말하면 황하 유역에서 잘 발생하는, 무섭고 피하기 어려운 여러 가지 기술적인 장애나 재해는 거의 없었다. 이렇게 양자강 유역은 황하지역에 비해 분명히 많은 이점을 갖고 있었지만 역사상 기록에도 남겨져 있지 않고 우리 눈에도 볼 수 없었던 강력한 장애로 인해 북쪽에서 발전된 벼농사와 도시문화가 남쪽으로 빨리 침투할 수 없었을 것이다. 즉 남쪽에 온 중국의 고대 개척자들은 많은 전염병에 노출될 수밖에 없었던 것이다.

중국 북부지방과 중부지역은 기후가 뚜렷하다. 특히 남쪽

94) 『과학동아 2002년 3월호』, 동아사이언스.

은 온도도 높고 습기가 많아서 북쪽에서는 살아 남기 어려운 수많은 기생생물들이 만연할 수 있다. 황하 유역에서는 추운 겨울이 오랫동안 계속되어 빙점하의 기온에서 동면 상태로 생존할 수 있는 기생생물을 빼고는 거의 살아 남을 수가 없다. 병원균을 매개하는 곤충도 북쪽의 춥고 습도가 낮은 자연조건에서는 살아 남기 어려워 정착할 수가 없다. 그러나 큰 산이 막고 있는 남쪽의 양자강 유역에서는 사정이 전혀 달랐다. 따라서 중국 북부의 질병에 친숙했던 인구 집단이 남쪽으로 이동하여 전혀 다른 기생생물과 제대로 적응해 살아 남기에는 많은 어려움이 있었을 것이다⁹⁵⁾.

『傷寒論』의 배경이 되는 중국 남부 하남 지방은 이처럼 세균성 감염이 빈번하고, 이 때문에 대규모의 인명 피해가 자주 일어나던 지역이었다. 이는 『傷寒論』의 序에서 張仲景이 자신의 친족들이 많이 사망한 예를 들어 이미 언급한 바 있다. 이를 통해 張仲景이 치료하고자 했던 질환이 어떤 질환이었는지 대략 가늠할 수 있다. 張仲景이 말한 傷寒病은 아마도 이런 감염성 질환에 대한 명칭이었을 것이고, 『傷寒論』의 방법을 이용하면 그의 말대로 '비록 모든 병을 다 낮게 할 수는 없지만 거의 병을 보면 근원을 알아낼 수 있을 것이니, 만약 내가 수집한 것을 찾아 볼 수 있다면 생각은 이미 절반을 넘긴 것'⁹⁶⁾이 되었을 것이다.

하지만 인류가 세균에 대해 인지한 것은 불과 100여년 전 파스퇴르와 코흐 등이 세균을 발견, 분리하면서부터다. 그 전에는 각종 감염 질환에 대해 天刑이나 누군가의 저주라고 생각하는 등, 미신적인 인식이 주를 이뤘다. 세균의 발견은 抗生劑와 防疫의 기틀을 다질 수 있도록 하였고, 이를 통해 인류의 평균 수명은 놀라울 정도로 길어졌다. 물론 산업의 발달로 인해 풍요로운 식생활을 누릴 수 있게 되었고, 이를 통한 충분한 영양 공급 역시 인간 수명 연장에 지대한 공헌을 했지만, 감염성 질환에서의 승리는 분명 인류에게 꽤 거라 할 수 있다. 2차 세계대전을 승리로 이끈 것은 연합군이 아니라 페니실린이라는 말이 있었다. 부상자들을 신속하게 되살리고 수많은 생명을 구했기 때문이다. 또한 수천 년 동안 인류가 가장 두려워한 전염병 중 하나였던 천연두는 1977년 아프리카에서 소수의 환자가 발견된 게 마지막이었으며, 세계보건기구(WHO)는 1980년 5월 8일 천연두 완전 퇴치를 선언하기도 했다⁹⁷⁾.

그러나 항생제가 항상 미생물로부터 승리를 가져다 주는 것은 아니다. 인류는 그 흔한 감기를 치료할 수 있는 약조차 만들지 못하고 있다. 슈퍼 박테리아는 모든 항생제에 내

성을 가져 감염 이후에는 전혀 손을 쓰지 못한다. 2009년 전 세계를 뒤흔든 신종 인플루엔자는 바이러스 질환으로 특효약이 없었고, 전 세계적으로 수많은 사람들이 목숨을 잃었다.

이렇듯 감염성 질환에 항생제로 대응하는 치료의 문제점은 일대일의 상관관계가 아니면 대응할 수 없다는 문제점이 있다. 즉, a라는 감염원에 A라는 항생제, b라는 감염원에 B라는 항생제 식의 대응만이 유효하고, a의 변종인 a'와 같은 감염원이 출현하면 A'라는 항생제를 만들기 전까지는 대응할 수 없다. 연구를 통해 언젠가는 A'라는 항생제를 만들 수는 있겠지만, 그 후 얼마 지나지 않으면 다시 A'에 내성을 갖는 a''라는 감염원이 출현할 가능성이 있다. 그렇게 되면 A''라는 항생제를 만들어내기 전까지는 수많은 희생이 수반될 것이다. 1942년 페니실린(Penicillin)이 대량 생산되어 사용된 후 1940년대 후반에 페니실린 내성 포도상구균 출현하였고, 1960년 페니실린에 내성 가진 포도상구균을 잡는 메티실린(Methicillin)을 개발하였으나 1961년 메티실린 내성 포도상구균(methicillin-resistant staphylococcus aureus, MRSA)이 출현하였으며, 1966년 MRSA를 치료할 수 있는 반코마이신(Vancomycin)을 개발하였지만 1966년 MRSA가 반코마이신 내성유전자를 전달받아 진화한 슈퍼박테리아(Superbacteria)가 출현한 것이 그 증거가 될 것이다⁹⁸⁾. 만약 슈퍼박테리아를 치료할 수 있는 항생제가 나오더라도 이에 내성을 갖는 박테리아가 나올 것임은 분명하다. 항생제를 통해 감염성 질환에 접근하는 것에 근본적인 한계가 있음을 말해주는 것이다. 청결과 백신으로 길들여진 오늘날의 사람들에게 세균의 대역습이 예상된다는 이야기를 단순한 망상으로 치부할 수 없는 이유이다.

반면에 한의학적 치료에서 抗生이나 殺菌과 같은 개념은 없다. 한의학에서는 세균이나 바이러스의 존재를 인지하는 방법이 없었고 그러므로 인지될 수가 없었으며 또 구태여 인지하고자 하는 어떠한 노력도 경주된 일이 없었다. 특히 『傷寒論』은 세균이나 바이러스로 일어나는 모든 질환을 처리함에 있어서 어디에도 그리고 한결같이 세균이나 바이러스 자체를 捕足하여 멸살하려 하는 어떠한 구상도 기도도 하지 않았다⁹⁹⁾. 단지 邪氣가 있다고 생각되는 부위에서

95) 윌리엄 H. 맥닐 저, 허정 역, 『전염병과 인류의 역사』, 한울, 1992, pp.101~102.

96) 雖未能盡愈諸病, 庶可以見病知源, 若能尋余所集, 思過半矣.

97) 『과학동아 2000년 3월호』, 동아사이언스.

98) 『과학동아 2008년 9월호』, 동아사이언스.

가장 가까운 부위로 ‘배설’시키고자 하였다. 邪氣를 내 보내고 인체와 邪氣 사이를 相關關係가 아닌 無關關係로 만들면 건강한 상태라고 본 것이다. 六氣는 도처에 널려있고, 그것이 인체와 상관관계가 형성되는 순간 六淫이 된다는 것을 이해한 것이다. 오늘날 그토록 위생과 살균을 강조하지만, 숨 쉬고 있는 이 순간, 음식을 먹는 이 순간에도 우리는 수 많은 외부 독소와 접촉하고 있다는 것을 이해한다면 모든 세균과 바이러스를 ‘죽여 없애려는’ 시도는 사실 허망한 계획에 지나지 않는다는 것을 알 수 있다.

반면 『傷寒論』의 ‘배설’ 방식은 邪氣의 종류를 가릴 필요가 없다. a라는 邪氣가 와도, a'라는 사기가 와도, a"라는 사기가 와도 배설시켜 버리면 그만이다. b가 와도 마찬가지로, c가 와도 마찬가지이다. a에 특이적으로 작용하는 A를 찾을 필요도 없고, b에 특이적으로 작용하는 B를 찾을 필요도 없다. 단, 이러한 방식은 뚜렷한 증상이 있을 때만 적용할 수 있고, 사기의 발현 부위를 정확하게 인지하여 배설방식을 적용해야 하는 단점이 있다. a로 인한 문제라 하더라도 A라는 특이적인 한 가지 방법이 있는 것이 아니라, A, B, C 등의 방법을 구분하여 적용해야 하는 것이다. 이는 사기가 유발하고 있는 증상을 통해 찾아야 하는데, 만약 이러한 처치법에 오류가 있을 경우 오히려 壞病을 유발할 수 있게 된다.

『傷寒論』의 邪氣 배설 방식은 汗吐下 三法에 불과하다. 체표에 가까이 邪氣가 존재하는 경우라면 汗法을, 上部 위장관 근처에 존재한다면 吐法을, 下部 위장관 가까이에 존재한다면 下法(下法에는 소변과 대변을 통한 두 가지 방법이 있다)을 썼다. 그렇다면 과연 이렇게 ‘배설’시키는 방법으로 邪氣를 몰아낼 수 있는가?

결론부터 말하자면 이러한 배설 방식은 邪氣를 몰아내는 수단이 될 수 없다. 근본적으로 『傷寒論』의 치료 방식은 邪氣에 대한 직접적인 대응이 아닌 탓이다. 상기도 감염에 發汗을 시킨다고 감염원인 바이러스가 배출되지는 않는다. 장티푸스에 설사를 시켰다고 티푸스균이 배출되는 것은 아니다. 이에 대해 권순중은 그의 저서 『醫門贅言』에서 “후세의 거의 모든 의서가 遠因이 곧 病因이며 이것이 치료의 대상이라는 잘못을 범하고 있다. 반면 진짜 치료의 대상이 되는 近因은 거의 인식된 바가 없었다.”고 지적하였다. 그에 의하면 內, 外, 不內外因이라는 三因이라는 것은 병의 유발요인은 되어도 구체적인 원인이 되지는 못한다는 것이다. 그래서 이를 실제적 병인인 ‘近因’에 대비하여 ‘遠因’으로 규정한다. 한편 遠因에 의해서 몸이 병리적 상태가 유발되

는데 이로 인해 氣와 血 또는 水(津液)의 변조가 발생한다. 즉 인체의 생리적 구성물인 氣, 血, 水의 병리적 변화 때문에 질병을 앓게 되는 것이고 이로 인해 곁으로 드러나는 병리적 징후(sign)들이 특이적 證을 구성하게 된다. 따라서 병리적 상황에서의 변조된 氣, 血, 水야말로 구체적이고 실제적인 병인, 즉 近因이 되어 신체의 병변을 일으키는 것이기에 궁극적인 치료의 대상은 近因이 된다는 것이다. 이 말에 의하면 한의학적 치료라는 것은, 近因에 의해 유발된 氣, 血, 水의 변조로 인해 발현되는 병리적 상황인 證의 개선을 유도하는 것이다¹⁰⁰⁾.

이러한 접근은 상당한 논란을 부를 수 있다. 병의 원인을 치료하는 것이 아니라 개별적인 증상 완화를 노리는 ‘對症治療’에 불과하다고 볼 수 있기 때문이다. 하지만 완치란 의사가 하는 것도 아니고, 약이 하는 것도 아니다. 만약 의사가, 혹은 약이 사람을 낮게 하는 것이라면 원인을 아는 모든 병은 치료율이 100%가 되어야 한다. 하지만 실제 치료율은 이에 훨씬 미치지 못한다¹⁰¹⁾. 한의학적 치료는 단지 환자의 神이 제 역할을 다해서 완치될 수 있도록 곁에서 調氣시켜 주는 것에 불과할 뿐이다. 調氣가 된 인체에 神이 제 역할을 다 하면 완치되는 것이고, 그렇지 못하면 낮지 못하는 것이다. 神이 제 역할을 다 하지 못하는 상태란, 外傷으로 臟器가 물리적인 손상을 입었거나 과도한 출혈이 있었거나 하는 등 인체 스스로 항상성을 유지할 수 있는 능력을 상실한 상태를 말한다. 이런 상황에서는 外科的인 처치가 필요하다.

결국 『傷寒論』에서 시도하는 ‘배설’은 邪氣가 유발시켜 놓은 체액의 변조를 원래대로 돌려 놓는 것이다. 체표의 체액 변조는 發汗으로, 체강 내의 체액 변조는 通便을 통해 조정한다. 물론 여기에는 각각의 경우에 적합한 여러 가지 發汗法과 通便法이 존재한다. 따라서 단순히 땀과 대소변을 빼내는 것이 관건이 아닌 것이다. 發汗과 通便은 치료의 목표가 아니고, 치료 과정 중 나타나는 체액 이동의 결과에 불과하다. 처음 의도했던 치료 방식이 병에 적중했는지, 치료로서 작용할 만큼 강도가 적절했는지, 현재 체액의 분포가 어떻게 되는지 의사에게 알려주는 것이다. 따라서 병이 완전히 다 나을 때까지 발한을 시키거나 통변을 시키는 것이 아니다. 오히려 이렇게 되면 본래 의도했던 것 이상의

99) 이은팔, 『醫窓論攷』, 출판사 미상, 출판연도 미상, pp.151~152.

100) 김관우, 『사암침법수상록』, 초락당, 2007, 33p.

101) 의학적 치료율은 대략 25% 내외에 불과하다. 버나드 라운 저, 서정돈 外譯, 『치유의 예술을 찾아서』, 몸과 마음, 2003, p.166.

체액 이동이 일어나 질병의 양상이 변질되게 된다.

발한을 시킨다고 하는 것은 정체된 체액이 있을 때 일부를 버림으로써 순환력에 대한 부담을 덜어주고, 체액의 기울기를 만들어주는 과정으로 이해할 수 있다. 流體는 압력이 높은 곳에서 낮은 곳으로 이동한다. 따라서 어떤 부위에 순환이 정체되어 있다면 그 부위에 압력을 줄여주는 것이 순환을 촉진할 수 있는 좋은 방법이 된다. 『傷寒論』의 발한 처방은 비록 발한이 최종 목표는 아니지만, 발한을 통해 체액 이동을 수월하게 할 수 있는 동력을 부여해 줄 수 있다.

V. 결론

桂枝湯 方後註文에 대한 연구를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 太陽病은 말초가 폐색되어 나타나는 증후군이다. 이 중 림프계가 폐색되는 것을 中風, 혈관계가 폐색되는 것을 傷寒이라고 한다.
2. 桂枝湯은 말초 림프관이 폐색되어 나타나는 太陽中風證에 활용하는 처방이다. 桂枝로 혈관을 확장하고 芍藥으로 복부 긴장을 해소하여 혈액을 體腔으로 이동시킨다. 혈액의 체강내로의 쏠림 현상은 말초 림프계의 정체를 해소할 수 있다. 이 때 이불을 덮고 뜨거운 물은 죽을 마심으로써 약간의 발한을 유도하는데, 이것은 림프계의 정체 해소에 일조한다.
3. 營衛不和는 림프계와 혈관계의 압력에 차이가 생겼다는 의미로서, 이러한 압력차를 해소시켜 주는 계지탕을 解肌劑라고 부른다.
4. 發汗은 邪氣의 배출 수단이 아니라, 邪氣로 인해 흐트러진 체액의 분포를 바로잡는 과정에서 체액이 이동했다는 증거가 되는 증상이다. 따라서 항상 發汗은 미약하게 유도해야만 하며, 만약 發汗이 과도할 경우 걱정 수준 이상으로 체액이 이동하여 질병이 낫지 않게 된다.
5. 『傷寒論』의 表證 發散 처방은 표 부위의 정체를 해소하기 위한 처방이지만, 表裏 전체에 작용하여 체액을 이동시킨다. 따라서 發汗 처방은 表分에만 작용하는 처방이 아니고, 通便 처방은 裏分에만 작용하는 처방이 아니다. 인체는 순환계이기 때문에 邪氣로 인해 변조된 체액의 분포는

전신적으로 작용하기 때문이다.

6. 『傷寒論』은 체액의 배설을 통해 치료를 도모하는데, 이는 邪氣에 대한 직접적인 대응 방식이 아니라 邪氣로 인해 유발된 체액의 변조를 바로잡는 것으로 보아야 한다. 發汗이 그 한 방법이고, 通便 역시 체강 내의 압력 변화에 대응하기 위한 방법이다. 이에 대해서는 추후 연구가 필요하다.
7. 『傷寒論』은 감염성 질환에 대응하기 위해 만들어진 著述이지만, 그 가치를 결코 감염성 질환에만 한정할 수는 없다. 의사가 원하는 곳으로 체액을 이동시켜 혈액의 흐름을 조절할 수 있다는 것은, 非感染性疾患이나 慢性疾患에도 상당한 가치가 있다.

VI. 참고문헌

辭典類

- 1) 동양의학대사전 편찬위원회, 『東洋醫學大辭典』, 경희대학교 출판국, 1999.
- 2) 劉渡舟 主編, 『傷寒論辭典』, 解放軍出版社, 1988.
- 3) 진주표 編譯, 『傷寒論用語辭典』, 법인문화사, 2006.
- 4) 한의학대사전편찬위원회, 『漢醫學大辭典 醫史文獻編』, 동양의학연구원출판부, 1985.
- 5) 전통의학연구소 편, 『韓醫學辭典』, 정보사, 1997.
- 6) 민중서림편집국, 『漢韓大字典』, 민중서림, 2006.
- 7) 謝觀 編著, 『中國醫學大辭典』, 동의학연구실 재판집, 여강출판사, 2001.
- 8) 이희승 편저, 『국어대사전』, 민중서림, 1998.

論文類

- 1) 박경남, 「傷寒發熱에 관한 研究」, 원광대학교 대학원, 1991.
- 2) 은종원, 「傷寒論이 後世醫學에 미친 影響에 대한 研究」, 경희대학교 대학원, 1994.
- 3) 신현규, 「張仲景의 生涯와 연관된 諸問題에 대한 考察」, 대전대학교 대학원, 1992.
- 4) 이문근, 「衝逆에 대한 考察」, 원광대학교 대학원, 2007.
- 5) 심범상, 「傷寒論에서 發熱의 病理에 관한 文獻研究」, 경희대학교 대학원, 1994.
- 6) 구민숙, 「桂枝湯方 중 桂枝去皮에 관한 본초사적 연구」, 동의대학교 대학원, 2009.
- 7) 정한술 외, 「傷寒論에 나타난 汗出에 대한 文獻 考察」, 대한동의병리학회지 제13권 2호, 1999.

- 8) 강경화 외, 「땀에 대한 형상의학적 고찰」, 동의생리병리학회지 제 17권 4호, 2003.
- 9) 엄현섭 외, 「傷寒、溫病 논쟁의 개괄적 연구」, 대한한의학학회지 제 11권 제 1호.
- 10) 김숙자, 「상기도 감염의 세균학적 연구」, 충남대학교 대학원, 1983.
- 11) 박지혜, 「인체 피부의 한선과 땀에서 항균물질 락토페린에 관한 연구」, 성균관대학교 대학원, 2009.
- 12) 이택진 외, 「발열」, Korean Journal of Pediatrics Vol. 50. No. 2. 2007.
- 13) 이환중, 「상기도 감염증의 치료」, 대한화학요법학회지 제 10권 제 1호, 1992.
- 14) 강규숙 외, 「발열이 있는 소아 환자에서 미온수 스폰지 목욕요법과 경구용 해열제 요법간의 열 감소 효과에 관한 비교 연구」, 연세교육과학, 1991.
- 15) 임혜연, 「운동과 사우나 후 성별에 따른 땀의 전해질 분석」, 이화여자대학교 대학원, 2001.
- 16) 김영수, 「운동과 사우나시의 발한성분 분석」, 창원대학교 대학원, 1998.
- 17) 이하실, 「인위적 체온 조절이 유산소성 운동 능력에 미치는 영향」, 성균관대학교 대학원, 1998.
- 18) 이운용, 「장거리 지구성 운동시 환경 온도 차이에 따른 피부온과 체액 성분의 변화」, 국민대학교 대학원, 2002.
- 19) 양운형, 「쌀죽의 편이화를 위한 이화학적, 관능적 특성 연구」, 충남대학교 대학원, 2006.
- 20) 장희애, 「뜨거운 국의 포만효과」, 경상대학교 대학원, 2008.
- 21) 49기 졸업준비위원회, 『金匱要略湯證論治』, 정담, 2001.
- 22) 박경 譯編, 『診斷學權輿』, 대성의학사, 2000.
- 23) 이주호 외, 『瀕湖脈學按』, 초락당, 2007.
- 24) 김완희, 『韓醫學原論』, 정보사, 1993.
- 25) 윤용갑, 『東醫方劑와 處方解説』, 의성당, 2002.
- 26) 이학로 著, 『한의학 순환구조론』, 주민출판사, 1999.
- 27) 조현영, 『通俗韓醫學原論』, 학원사, 2007.
- 28) 이은팔, 『醫窓論攷』, 출판사 미상, 출판연도 미상.
- 29) 김관우, 『사암침법수상록』, 초락당, 2007.
- 30) 대한피부과학회 교과서 편찬위원회, 『피부과학 4판』, 여문각, 2001.
- 31) 헤리슨 내과학 편찬위원회 譯, 『헤리슨 내과학 13판』, 정담, 1997.
- 32) Arthur C. Guyton 外 著, 의학계열교수 27일 共譯, 『의학 생리학 10판』, 정담, 2002.
- 33) Saimah Arif 外 著, 전국의과대학교수 譯, 『Mosby's Crash Course, Immune, Blood and Lymphatic Systems』, 한우리, 2000.
- 34) Romeshan Sunthareswaran 著, 전국의과대학교수 譯, 『Mosby's Crash Course, Cardiovascular System』, 한우리, 2000.
- 35) 이대택, 『인간은 환경에 어떻게 적응하는가』, 지성사, 1998.
- 36) 김순렬, 『자율신경 건강법』, 들꽃누리, 2008.
- 37) 마위에링 著, 전왕록 譯, 『체온이 생로병사를 결정한다』, 삼호미디어, 2009.
- 38) 최석민, 『초대하지 않은 손님 전염병의 진화』, 프로네시스, 2007.
- 39) 존 사노 著, 이재석 譯, 『통증혁명』, 국일미디어, 2006.
- 40) 윌리엄 H. 맥닐 著, 허정 譯, 『전염병과 인류의 역사』, 한울, 1992.
- 41) 이수형 外, 『감기로부터 우리아이 지키기』, 들꽃누리, 2007.
- 42) 한영실, 『쉽게 찾는 칼로리북』, 현암출판사, 2001.
- 43) 최현석, 『아름다운 우리 몸 사전』, 지성사, 2006.
- 44) 김순렬, 『네 안에 잠든 건강을 깨워라』, 들꽃누리, 2007.

單行本類

- 1) 이경우 譯, 『黃帝內經 素問』, 여강출판사, 2007.
- 2) 이경우 譯, 『黃帝內經 靈樞』, 여강출판사, 2007.
- 3) 許浚, 『東醫寶鑑』, 南山堂, 1969.
- 4) 맹웅재 譯編, 『傷寒論概說』, 원광대학교 출판국, 2003.
- 5) 熊曼琪 主編, 『傷寒論』, 人民衛生出版社, 2000.
- 6) 陳紀藩 主編, 『金匱要略』, 人民衛生出版社, 2000.
- 7) 裴永清, 『傷寒論臨床應用五十論』, 學苑出版社, 1995.
- 8) 大塚敬節 著, 박병희 譯, 『傷寒論解題』, 의방출판사, 2004.
- 9) 大塚敬節 主編, 焉哉乎也 譯, 『金匱要略講話』, 의방출판사, 2003.
- 10) 맹웅재 外 編著, 『傷寒論精解』, 경희대학교 출판국, 1996.
- 11) 傷寒論研究會, 『傷寒論講義』, 정담, 1997.
- 12) 황도연, 『方藥合編』, 남산당, 1977.
- 13) 吉益東洞 著, 정창현 外 譯, 『藥徵』, 청흥, 2006.

定期刊行物類

- 1) 과학동아 1997년 8월호, 동아사이언스.
- 2) 과학동아 2001년 1월호, 동아사이언스.
- 3) 과학동아 2002년 3월호, 동아사이언스.