

# 응급의학 측면에서 『의학입문(醫學入門)』 관격(關格)의 분석

조학준

세명대학교 한의과대학 원전외사학교실

## An Analysis of Guange (關格) in 『Yixuerumen (醫學入門)』 from the Perspective of Emergency Medicine

JO Hak-jun

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

This study examined guange (關格) in Yixuerumen (醫學入門) from a new perspective and evaluated its value in terms of emergency medicine. We compared and analyzed the definition, symptoms, and treatment methods of guange in Yixuerumen with related clinical presentations in modern medicine. Guange includes nausea and vomiting, dysphagia, dysuria, and constipation without diarrhea. A representative disease related to dysuria is uremia, while one related to constipation, nausea, and vomiting is enterocleisis, and a third related to dysphagia is chronic esophagitis and esophagus cancer. Li Chan, the author of Yixuerumen, recognized guange as an emergency of serious eating and elimination disorder as various symptoms of diseases (病症) gradually get worse from the perspective of external diseases (外感病) and miscellaneous diseases (雜病) and handled it in various ways including yin-tonifying medicinals (補陰藥), qi-tonifying medicinals (補氣藥), qi-regulating formulas (理氣劑), phlegm-dispelling formulas (去痰劑), and "water rising, fire falling" formulas (水升火降) in addition to emetic formulas (催吐劑), diuretic formulas (滲利劑), and interior-attacking formula (攻裏劑). Concepts like guange in Yixuerumen were somewhat useful when handling the applicable emergencies at the level of then medical treatment.

Key words : 『Yixuerumen (의학입문(醫學入門))』, Guange (관격(關格)), Emergency medicine, Clinical Presentations (CPs)

### I. 서론

한의학 병증(病症) 중 하나인 관격(關格)은 그 정의, 증상, 진단, 치료 방법 등에 대해 예로부터 어느 정도 공통적인 인식이 있고 현대도 『한의학대사전』 등에서 그 내용을 확인할 수 있다. 그런데 『내경(內經)』과 『난경(難經)』에서 관(關)과 격(格)을 반대로 명명(命名)하였기에 일찍이 그 명칭과 정의에 대한 논란이 존재하였지만<sup>1)</sup>, 근대에 이르러

한의학에서 관격이 더 이상 크게 주목받지 못함에 따라 그 논란에 대한 의의가 그다지 크지 않는 것으로 여겨지는 것이 현실이다.

한편 이천(李梴)은 『의학입문』 「장부총론(臟腑總論)」에서 관(關)과 격(格)을 각각 외감병(外感病)/잡병(雜病), 기병(氣病)/혈병(血病), 시동병(是動病)/소생병(所生病)의 측면으로 대비하여 재해석하였는데, 이런 해석은 이전에 다른 의서에서 일찍이 언급한 바가 없다. 이런 논리 구조는 다른 의가(醫家)가 일찍이 언급한 적이 없을 뿐만 아니라 이해하기 쉽지 않기에 때로는 평가절하<sup>2)</sup>되고 있다.

접수 ▶ 2022년 04월 27일 수정 ▶ 2022년 05월 15일 채택 ▶ 2022년 05월 16일  
교신저자 ▶ 조학준, 충북 제천시 세명로 65 세명대학교 한의과대학 원전외사학교실  
Tel : 043-649-1347 Fax : 043-649-1702 E-mail : palm01@hanmail.net

- 1) 조학준. 『『內經』과 『難經』의 關格의 모순에 대한 研究 - 『證治準繩』, 『景岳全書』, 『醫學入門』 등을 중심으로 -』, 대한한의학원전학회지. 2007; 20(1):49-64.
- 2) 이천(李梴) 著, 진주표 譯解. 『(신대역) 편주 의학입문』, 서울:법인문화사. 2009:325. "본 내용을 잘 살펴보면, 是動病·所生病에 관하여 陽脈의 병·臟病(陰脈의 病)으로 구분한 것이나 마찬가지이다. 이러한 이론은 고급에 없었던 엉터리가 아닌가 한다. 위의 내용에서 是動·所生은

관격에 대한 국내 연구는 그다지 활발하지 않은 편이다. 조<sup>3)</sup>는 『내경』과 『난경』의 관격에 대한 모순된 설명을 하나의 논리로 해석하고자 시도하였고, 장<sup>4)</sup>은 『상한론(傷寒論)』을 근거로 『난경』에서 언급한 관격의 증상(吐逆, 小便不利)에 다시 복통(腹痛), 하리(下利)를 추가해야 함을 주장하였고, 오<sup>5)</sup>은 사상체질에 따른 관격 치료 약물에 대해 문헌 고찰을 시도하였다. 한편 중국에서는 그 연구가 매우 활발한데, 마(馬) 등<sup>6)</sup>, 교(喬) 등<sup>7)</sup>, 등(鄧) 등<sup>8)</sup>, 주(朱) 등<sup>9)</sup>, 왕(王) 등<sup>10)</sup>, 진(陳) 등<sup>11)</sup>, 왕(王) 등<sup>12)</sup>은 관격의 문헌 기원과 병기(病機)를, 정(鄭) 등<sup>13)</sup>은 『황제내경태소(黃帝內經太素)』의 관격을, 담(譚) 등<sup>14)</sup>, 풍(馮) 등<sup>15)</sup>, 진(陳) 등<sup>16)</sup>은 『의문법률(醫門法律)』의 관격을, 왕(王) 등<sup>17)</sup>, 손(孫) 등<sup>18)</sup>, 장(張) 등<sup>19)</sup>, 이(李) 등<sup>20)</sup>, 석(石) 등<sup>21)</sup>은 관격의 진단과 치료법을, 장(張) 등<sup>22)</sup>, 조(趙) 등<sup>23)</sup>은 관격의 의안(醫案)을, 등(鄧) 등<sup>24)</sup>, 강(江) 등<sup>25)</sup>, 고(高) 등<sup>26)</sup>, 진(陳) 등<sup>27)</sup>, 함(哈) 등<sup>28)</sup>,

적려노이(迪麗努爾)·토이홍(吐爾洪) 등<sup>29)</sup>, 장(張) 등<sup>30)</sup>은 관격의 치료 경험을, 후(侯) 등<sup>31)</sup>, 장(張) 등<sup>32)</sup>, 범(範) 등<sup>33)</sup>, 장(張) 등<sup>34)</sup>은 관격으로 요독증, 신부전, 심부전을 치료한 경험을, 유(劉) 등<sup>35)</sup>은 관격에 대한 중의진료(中醫診療)의 유효성, 안전성을 발표하였다. 중국에서 문헌과 임상 모두 관격 연구가 활발한 이유는 아마도 중서결합(中西結合) 등을 통해 중의사(中醫師)들이 관격과 비슷한 의료 상황을 경험할 기회가 많았기 때문으로 추정한다.

이에 구토, 소변불리(小便不利), 대변불리(大便不利) 등의 증상이 주로 나타나는 관격을 임상 표현(Clinical Presentations)의 관점에서 서양의학의 질환과 비교하고, 이천이 관(關)과 격(格)을 외감병, 잡병 등과 같이 상반된 두 측면으로 대비하여 재해석한 근거와 논리를 분석하고, 『의학입문』의 치료 방법에 대해 응급의학 측면에서 그 가치를 평가하였다.

해야 마땅하다.”

- 3) 조학준. 「『內經』과 『難經』의 關格의 모순에 대한 研究 - 『證治準繩』, 『景岳全書』, 『醫學入門』 등을 중심으로 -」. 대한한의학원전학회지. 2007; 20(1):49-64.
- 4) 장우창. 「『難經』의 關格 인식」. 대한한의학원전학회지. 2011;24(6):15-28.
- 5) 오승운, 이시우, 주종천. 「사상체질별 관격(關格) 치료 약물인 파두(巴豆), 감수(甘遂), 과채(瓜蒂)의 문헌 고찰」. 사상체질학회지. 2008;20(2): 1-10.
- 6) 馬志茹, 武鳳華. 「淺談關格」. 中國煤炭工業醫學雜誌. 2005;8(12):1352.
- 7) 喬文彪, 張景明. 「關格古今內涵解讀」. 遼寧中醫雜誌. 2007;34(10):1403-1404.
- 8) 鄧小英. 「關格探微」. 新中醫. 2008;40(4):106.
- 9) 朱鵬舉. 「『黃帝內經』“關格”名義源流考略」. 環球中醫藥. 2013;6(4):258-259.
- 10) 王佳麗, 武士鋒, 楊洪濤. 「關格病源流及其病機治法的文獻研究」. 江蘇中醫藥. 2013;10:18-19.
- 11) 陳謙峰, 謝斌. 「關格的源流及病機探微」. 光明中醫. 2018;33(1):20-22.
- 12) 王進, 盛紅, 李友白, 鄭若曦. 「中醫藥典籍視域下“關格”的文獻淵源與文化意涵」. 中醫雜誌. 2018;59(19):1628-1632.
- 13) 鄭思思, 劉國韻, 石雨. 「『黃帝內經太素』“關格”含義試析」. 西部中醫藥. 2021;34(3):62-65.
- 14) 譚永東. 「喻嘉言治療關格病思想探析」. 江西中醫藥. 2005;5:14.
- 15) 馮蕙裳, 陳怡瑾, 薑曉媛, 張晨, 林瑾如, 黃斌. 「喻嘉言治療關格思想探究」. 四川中醫. 2015;8.
- 16) 陳怡瑾, 馮蕙裳, 張晨, 林瑾如, 薑曉媛, 黃斌. 「『醫門法律』之論關格」. 中國中醫藥現代遠程教育. 2017;15(2):64-74.
- 17) 王慶俠. 「通腑逐瘀, 豁痰開竅法治療關格析理」. 天津中醫學院學報. 1998;17(2):1998-1999.
- 18) 孫勝利. 「汗吐下三法在關格中的應用」. 四川中醫. 2002;20(11):17-18.
- 19) 張建偉. 「對關格病“治主當緩, 治客當急”的理解」. 江蘇中醫藥. 2005;26(8):5-6.
- 20) 李文志, 李岩. 「淺談“關格”病的中醫診斷與中藥治則」. 中國實用醫藥. 2015;23(6):5-7.
- 21) 石哈, 楊衛彬. 「清代醫籍中“關格”論治探析」. 中國中醫基礎醫學雜誌. 2021;27(4):538-562.
- 22) 張童燕. 「“關格”醫案梳理」. 吉林中醫藥. 2010;30(4):337.
- 23) 趙豔, 孫曉光, 「彭建中」. 汪逢春治關格醫案二則賞析. 2011;12(4):31-33.
- 24) 鄧洪. 「關格的辨證施護體會」. 江西中醫藥. 1989;3:54.
- 25) 江正欽. 「木香檳榔丸治愈關格1例」. 江西中醫藥. 1990;21(1):33.
- 26) 高福才, 李其林. 「鮮蘿蔔汁青皮煎劑治愈關格17例」. 甘肅中醫. 1993;6(4):33-34.
- 27) 陳犁, 蘇克勇. 「關格治驗1例」. 山西中醫. 1995;5:28-29.
- 28) 哈孝賢, 哈小博. 「關格芻議及治驗1則」. 上海中醫藥雜誌. 2008;42(4):6-7.
- 29) 迪麗努爾·吐爾洪, 舒占鈞. 「運用腎衰方治療關格的經驗」. 時珍國醫國藥. 2012;23(10):2644-2645.
- 30) 張穎, 母淑娟, 謝相智, 陳君. 「中醫療法治療關格的經驗總結」. 實用心腦肺血管病雜誌. 2017;25:215-216.
- 31) 侯冠森. 「治療關格病的三期四因八證八法八方」. 甘肅中醫. 2000;3:13-15.
- 32) 張煜, 王志萍. 「慢性腎功能衰竭與關格」. 河南中醫. 2000;20(1):60-61.
- 33) 範建軍. 「中藥緩解慢性心衰出現關格1例」. 山西中醫. 2001;17(4):13.
- 34) 張笑平. 「慢性腎功能衰竭從關格論治經驗簡析」. 中醫藥學刊. 2004;22(8):1381-1386.
- 35) 劉豔華, 寶莉莉, 崔成姬, 王宏安, 王銀萍, 張守琳. 「關格中醫臨床診療指南真實世界應用效果評價及相關思考」. 中國中醫藥現代遠程教育. 2016;14(13): 41-43.

## II. 자료 및 연구 방법

관격의 정의, 증상, 진단, 치료 방법 등은 서적에 따라 약간의 차이가 있으므로 『한의학대사전』과 『의학입문』을 기준으로 분석하였다. 『의학입문』의 관격에 대한 설명은 『동의보감』에서 대부분 인용하고 있으므로 한의학의 주요 기준으로 삼기에 비교적 적합하다.

먼저 관격을 현대의학의 관점으로 해석하기 위해 관격의 주요 증상을 그와 비슷한 임상 표현들(Clinical Presentations)과 비교하였다. 다음으로 『의학입문』에 서술된 관격의 병리에 대해 재해석하고, 진맥, 감별진단, 치료 방법, 의외와 예후로 나누어 분석하였다. 그 결과를 바탕으로 『의학입문』의 관격이 응급의학 측면에서 어떤 가치가 있는지 평가하였다.

## III. 본론

일찍이 『소문(素問)·표본병전론(標本病傳論)』에서 병을 치료할 때 표(標), 본(本)을 변별하여 치료의 우선순위를 결정하는 것이 중요함을 지적하였는데, 일반적으로 본을 치료하는 것이 우선이지만 때로는 본이 아니라 표를 먼저 치료해야 하는 몇 가지 상황을 제시<sup>36)</sup>하였다.

표를 먼저 치료하는 이유에 대해 이전은 『의학입문·치법』 「표본론(標本論)」에서 왕호고(王好古)의 『탕액본초(湯液本草)·표본음양론(標本陰陽論)』의 내용을 인용하여 구체적으로 설명하였다. 즉 중만(中滿), 대소변불리(大小便不利), 토리 대작(吐利 大作)의 경우 표·본을 따지지 않고 해당 증상을 치료하는 이유는 위급한 상황이기 때문인데 그 상황에서 대소변불리를 중만보다 더 위급하고, 발열 질환에서 토사가 심하여 죽과 약을 먹지 못하면 발열을 치료하기 전에 먼저 구토를 그치게 하여 음식을 먹기 시작한 뒤야 설사를 함께 치료한다고<sup>37)</sup> 설명하였다. 그는 중만, 대소변불리, 토리 대작을 가장 먼저 해결하는 것은 비록 “병세가

완만하면 본을 치료하고 위급하면 표를 치료한다.”<sup>38)</sup>고 하였지만, 『소문·표본병전론』의 설명처럼 표를 먼저 치료하는 것이 결코 아니며, 표·본을 따지지 않고 그 증상부터 해결하는 것이고 더 나아가 본을 먼저 치료하는 것이라고 설명하였다.

그는 이처럼 소변불리(小便不利), 대변불리(大便不利), 심한 구토(그치지 않는 구토), 심한 설사(그치지 않는 설사)를 위급한 상황으로 평가하여 그 증상들을 해소하는 것을 최우선으로 삼았음을 알 수 있다. 이에 『의학입문』에서 설명한 관격에 대해 응급의학의 측면에서 그 병리, 진맥, 치료 등으로 나누어 분석하고자 한다.

### 1. 관격의 정의

『한의학대사전』에 따르면 관격을 병증, 병리, 진맥의 3가지 측면에서 정의<sup>39)</sup>하고 있다.

첫째, 병증의 측면에서 다시 3가지로 세분하였다. (1) 소변이 나오지 않는 증상, 즉 소변불리와 그치지 않는 구토가 동시에 나타나는 증상. 전자를 관(關), 후자를 격(格)이라 한다. 이는 용폐(癰閉)의 위중한 단계에 해당한다. 비신(脾腎)이 허하여 수습(水濕)이 몰려 열이 성(盛)해서 생긴다. 비신(脾腎)의 양기(陽氣)를 복돋우어서 음양을 조화하기 위해 팔미환(八味丸) 또는 좌금환(左金丸)을 쓴다. (2) 구토와 함께 점차 대변과 소변이 모두不利하는, 즉 잘 안 나오는 증상. 목구멍 아래가 막히는 느낌이 동반하면서 음식을 먹으면 토하고 점차 소변이 잘 안 나오며 대변은 토끼똥과 같다. 이는 열격(噎膈)의 위중한 단계에 해당한다. (3) 대소변이 함께 나오지 않는 것을 총칭하는데 대변이 나오지 않는 것을 내관(內關), 소변이 나오지 않는 것을 외격(外格)이라 한다. 관격이 되면 배가 창만(脹滿)하고 대소변이 나오지 않으며 손발이 싸늘하다. 통변이수(通便利水)하기 위해 대황산(大黃散) 등을 쓴다.

이천(李梴)은 『의학입문』에서 관격을 「잡병분류(雜病分類)」 중 담류(痰類)로 분류하고 해당 병증을 구토, 격열(膈噎), 임증(淋證)과 참고하여 보라고<sup>40)</sup> 설명하였다. 그는 격

36) 洪元植. 『精校黃帝內經素問』. 서울:東洋醫學研究院. 1985:231. “先熱而後生中滿者, 治其標 … 先病而後生中滿者, 治其標 … 小大不利, 治其標 … 病發而不足, 標而本之, 先治其標, 後治其本.”  
37) 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:2374-2375. “若有中滿, 無問標本, 先治中滿, 爲其急也. 若中滿後, 有大小便不利, 亦無問標本, 先治大小便, 次治中滿, 爲尤急也. 又如先病發熱, 加之吐利大作, 粥藥難入, 略緩治熱一節, 且先定嘔吐, 漸進飲食, 方兼治瀉. 待元氣稍復, 乃攻熱耳. 此所謂緩則治其本, 急則治其標也. (推其至理, 先治其標, 亦先治其本也.) 除大小便不利, 及中滿吐瀉之外, 其餘皆先其本, 不可不慎也.”  
38) 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:2375. “緩則治本, 急則治標.”  
39) 네이버 지식백과. 관격(관격). 한의학대사전. 한의학대사전 편찬위원회. 서울:도서출판 정담. 2001. [cited on April 11, 2022]: Available from: https://terms.naver.com/entry.naver?docId=2329244&cid=58505&categoryId=58527

열(膈噎) 즉 열격(噎膈) 또한 담류(痰類)로 분류하고 그 증상을 음식을 넘기지 못하면서 대변이 불통(不通)한 것<sup>41)</sup>으로 설명하였지만, 소변불통을 포함하지 않은 점은 『한의학대사전』의 그것과 다르다.

둘째, 병리의 측면에서 음양이 조화되지 못한 것으로, 음기(陰氣)가 매우 성(盛)하여 양기(陽氣)와 서로 조화되지 못하는 것을 ‘격(格)’, 양기가 매우 성(盛)하여 음기와 서로 조화되지 못하는 것을 ‘관(關)’이라 하며, 음양이 모두 매우 성(盛)하여 서로 조화되지 못하는 것을 ‘관격’이라 한다.

이 내용은 『영추(靈樞)·맥도(脈度)』<sup>42)</sup>에 근거한 것이다. 그런데 『소문(素問)·육절장상론(六節藏象論)』<sup>43)</sup>, 『영추·종시(終始)』<sup>44)</sup>, 『영추(靈樞)·금복(禁服)』<sup>45)</sup> 등에서 관(關)의 진맥(診脈)에 대해 양기가 태성(太盛)할 때 인영맥(人迎脈)이 성(盛)하면서 또한 대(大), 삭(數)하다는 설명은 이해하기 쉽지만, 격(格)의 진맥(診脈)에 대해 음기가 태성(太盛)할 때 촌구맥(寸口脈)이 성(盛)하면서 또한 대(大), 삭(數)하다는 설명은 이해하기 곤란하다. 예를 들면, 인체에 음기가, 즉 한기(寒氣)가 성(盛)한 상황에서는 맥이 약해지고 작아지고 느려지는 것이 일반적인데 어떻게 도리어 성(盛), 대(大), 삭(數)할 수 있을까? 진한가열(眞寒假熱) 또는 한극생열(寒極生熱), 회광반조(回光返照) 등의 상황이라면 인영맥이 촌구맥(즉 氣口脈)보다 1배, 2배, 3배로 진행되는 과정에서 나타나는 맥상(脈象)과 4배 이상으로 악화한 경우의 맥상이 반대되어야 하지만 그렇지 않다. 그렇다면 여기에서 말한 ‘음기(陰氣)’는 단순히 한기(寒氣)로 인식해서는 안 될 것이다.

셋째, 진맥의 측면에서 인영맥과 촌구맥이 매우 세게 뛰는 것을 말한다. 인영맥과 촌구맥 박동이 정상보다 4배 이상 센 것을 관격이라고 하는데, 음양 균형이 깨져서 생기며 병이 위중한 때 나타난다고 하였다.

이 내용은 『소문·육절장상론』, 『영추·종시』, 『영추·금복』

등에 근거한 것인데, 맥의 박동이 세다는 의미는 해당 편(篇)에서 맥이 이른바 ‘성(盛)’한 것뿐만 아니라, 사실은 ‘조(躁)’ 즉 크기와 속도(且大且數)까지 다름을 가리킨 것이다.

## 2. 임상 표현(Clinical Presentations)과 비교

관격은 주로 심한 소변불리, 구토(그치지 않는 구토), 대변불리가 나타난다. 이를 임상 표현과 비교하면 배뇨곤란(Dysuria), 구역과 구토(Nausea and Vomiting), 변비(Constipation)가 포함되나, 설사(Diarrhea)는 포함되지 않는다. 또한 열격(噎膈)이 관격과 관련이 깊다는 설명에 따라서 열격(噎膈)의 주요 특징 증상인 연하곤란(dysphagia)을 포함하여 비교하고자 한다.

### 1) 배뇨곤란(Dysuria)

배뇨곤란 환자에서 경고증상들은 흔하지 않으나 경고증상과 심각한 원인을 예로 들면 신우신염(nephropylitis), 요도염(urethritis), 자궁경부염(cervicitis)과 같은 감염 / 방광, 전립샘, 질 또는 음경의 암과 같은 신생물 / 베체트 증후군(Behcet's syndrome), 라이터 증후군(Reiter's syndrome)과 같은 염증<sup>46)</sup>이 있다. 이처럼 심각한 원인 질환에서 배뇨곤란이 나타나면 이를 ‘경고증상’이라고 부르고 위급 상황에 해당한다.

여기에서 주목할 점은, 소변불통 자체는 현대의 의학 기술 수준으로는 더 이상 위급한 상황으로 여기지 않고 있는 것이다. 이천은 관격에서 나타나는 소변불통을 실열(實熱), 허(虛), 담(痰), 기결(氣結)로 그 원인을 변별하여 내복(內服)하는 약물을 사용하여 치료하였으나<sup>47)</sup> 내복약(內服藥)으로 해결되지 않는 상황이라면 당시의 보편적인 의

40) 李梴, 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1574. “與嘔吐, 膈噎, 淋證, 參看.”

41) 李梴, 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1571. “飲食不下, 而大便不通, 名膈噎.”

42) 洪元植, 『精校黃帝內經靈樞』. 서울:東洋醫學研究院. 1985:115. “五藏常內關於上七竅也. 故肺氣通於鼻, 肺和則鼻能知臭香矣. 心氣通於舌, 心和則舌能知五味矣. 肝氣通於目, 肝和則目能辨五色矣. 脾氣通於口, 脾和則口能知五穀矣. 腎氣通於耳, 腎和則耳能知五音矣. 五藏不和, 則七竅不通, 六府不和 則留[結]爲癰. 故邪在府, 則陽脈不和, 陽脈不和, 則氣留之, 氣留之, 則陽氣盛矣. 陽氣太盛[邪在五臟], 則陰[脈]不利, 陰脈不利, 則血留之, 血留之, 則陰氣盛矣. 陰氣太盛, 則陽氣不能榮也, 故曰關. 陽氣太盛, 則陰氣不能榮也, 故曰格. 陰陽俱盛, 不得相榮. 故曰關格, 關格者, 不得盡期而死也.”

43) 洪元植, 『精校黃帝內經素問』. 서울:東洋醫學研究院. 1985:37. “人迎一盛病在少陽, 二盛病在太陽, 三盛病在陽明, 四盛已上爲格陽. 寸口一盛病在厥陰, 二盛病在少陰, 三盛病在太陰, 四盛已上爲關陰. 人迎與寸口俱盛 四倍已上爲關格, 關格之脈羸, 不能極於天地之精氣, 則死矣.”

44) 洪元植, 『精校黃帝內經靈樞』. 서울:東洋醫學研究院. 1985:71. “人迎四盛, 且大且數, 名曰溢陽, 溢陽爲外格. … 脈口四盛, 且大且數者, 名曰溢陰, 溢陰爲內關. 內關不通, 死不治. 人迎與太陰脈口俱盛, 四倍以上, 命曰關格. 關格者, 與之短期.”

45) 洪元植, 『精校黃帝內經靈樞』. 서울:東洋醫學研究院. 1985:221-222. “人迎四倍者, 且大且數, 名曰溢陽, 溢陽爲外格, 死不治. 必審按其本末, 察其寒熱, 以驗其藏府之病. … 寸口四倍者, 名曰內關, 內關者, 且大且數, 死不治. 必審按其本末之寒溫, 以驗其藏府之病.”

46) 강희철 역, 『의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학』. 서울:대한의학서적. 2001:350-351.

학 기술 수준으로는 적절히 대처하기 어려웠을 것이다. 따라서 소변불통이 더 심화하기 전에 조속히 치료하는 것이 중요하다. 참고로 손사막(孫思邈, ?~682년)이 파 줄기(蔥葉)를 써서 요폐(尿閉) 환자에게 도뇨술(導尿術 : 방광 속에 피어있는 소변을 catheter로 뽑아내는 일)을 시행하였다고<sup>47)</sup> 알려져 있으나, 『의학입문』 등 후세 의서에 별다른 언급이 없다는 점으로 보아 이 기술은 대중적으로 전파되지 않은 듯하다.

배뇨곤란을 일으키는 원인 질환과는 별개로, 배뇨곤란 자체가 원인이 되어 소변으로 배출되어야 할 노폐물, 즉 요독이 배설되지 못하고, 체내에 축적되어 나타나는 증상으로 심할 경우 위급한 증상에 이르는 경우가 있는데 바로 '요독증(uremia)'이다.

요독증은 정상적으로 신장을 통하여 배설되어야 할 물질이 여러 장기에 축적되므로 각 신체 기관의 기능에 장애를 발생케 한다. 예를 들면, 기억력과 집중력 저하, 수면 장애(sleep disorder), 두통, 의식 장애(clouded consciousness), 지남력 장애(disorientation), 착란(confusion), 경련(convulsion), 혼수(coma)와 같은 중추신경계 이상, 하지불안증후군(restless leg syndrome), 딸꾹질(hiccup), 손발 저림(numbness), 지각 이상(paresthesia), 무기력증(lethargy), 작열감(burning sensation)과 같은 말초신경계 이상, 현기증(vertigo), 기립성저혈압(postural hypotension), 땀과 타액의 감소, 체온 조절 이상과 같은 자율신경계 이상, 부종(edema), 고칼륨혈증(hyperkalemia), 대사성 산증(metabolic acidosis)과 같은 체액 및 전해질 이상, 색소 침착(pigmentation), 피부 건조증(xeroderma), 이영양성 석회침착(異榮養性石灰沈着, dystrophic calcification)과 같은 피부계 이상, 허혈심장질환(ischemic heart disease, IHD), 고혈압, 심부전(heart failure), 심낭염(pericarditis), 폐부종(pulmonary edema), 호흡 곤란(dyspnea), 부정맥(arrhythmia), 심장비대(cardiomegaly)와 같은 심혈관계 이상, 식욕 부진(anorexia), 오심(nausea), 구토(vomiting), 설사(diarrhea), 미각장애(dysgensia), 구내염(stomatitis), 위장관 출혈(gastrointestinal bleeding), 복수(ascites)와 같은 소화기계 이상, 빈혈, 혈소판 기능 장애 및 출혈 경향의 증가, 호중구(neutrophil)와 임파구(Lymphocyte)의 기능 이상과 같은 혈액계 이상, 신성 골이영양증(renal osteodystrophy), 난소 기능 이상(무월경, 자궁 출혈), 성기능 장애, 인슐린 저항성과 같은 내분비계 이상, 항체 생산의 감소, 지연형

과민 반응(delayed-type hypersensitivity)의 감소와 같은 면역계 이상 등이 있다.

요독증에서 오심, 구토 등이 나타나는 상황은 소변불통과 그치지 않는 구토가 동시에 나타나는 관격과 합치한다. 따라서 요독증에서 소변불통과 오심, 구토가 동반하는 것은 관격의 한 가지 사례로 추정할 수 있다.

한편, 요독증의 주요 원인은 다양한 원인의 급성 신부전증(acute renal failure) 또는 만성 신부전증(chronic renal failure)이다. 요독증과 관련한 질병은 당뇨병, 고혈압, 만성 사구체신염, 다낭신(polycystic kidney), 만성 신우신염, 신장 결핵, 시스틴증(cystine症), 옥살산증(oxalic酸症), 콩팥 석회증(nephrocalcinosis), 시스틴뇨증(cystinuria), 고요산혈증(高尿酸血症, hyperuricacidemia)과 같은 대사성질환, 허혈심장질환(ischemic heart disease, IHD), 전신성 경화증(systemic sclerosis), 용혈성 요독증후군(hemolytic-uremic syndrome)과 같은 혈관 질환, 아밀로이드증(amyloidosis), 다발성 골수종(multiple myeloma), 한랭글로불린혈증(cryoglobulinemia)과 같은 이상단백질혈증(dysproteinemia), 알포트씨병(Alfort's disease), 파브리병(Fabry disease, 선천성 지질 대사 이상증), 결절경화증(tuberous sclerosis), 겸상적혈구 증후군(sickle cell syndrome)과 같은 유전성 질환, 베게너육아종증(Wegener's granulomatosis), 현미경적 다발성혈관염(microscopic polyangiitis), 결절성 다발동맥염(Polyarteritis nodosa)과 같은 혈관염 등이 있다.

요약하면, 요독증에 이르게 되는 주요 원인인 급성 신부전증(acute renal failure)은 소변불통과 오심, 구토가 동반하는 관격과 밀접한 관계가 있다고 볼 수 있다.

## 2) 변비(Constipation)

변비 환자에서 대장암(colorectal cancer), 장협착(darmstenose), 척수종양(spinal cord tumor), 척수손상(spinal cord injury), 장폐색(ileus) 또는 장 마비(paralytic ileus)에서 변비가 경 고증상이 될 수 있다.

변비와 관련한 경고증상과 심각한 원인을 예로 들면, 대장암, 우울장애(depressive disorder)에서 나타나는 의도하지 않은 체중 감소 / 대장암, 대사성 또는 내분비 질환에서 최근 발현된 증상 / 대장암, 계실(diverticula), 장협착, 항문열창(anal fissure)에서 나타나는 혈변 / 대장암, 계실염

47) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1539.

48) 약학정보원. 손사막(孫思邈) [cited on April 11, 2022]: Available from: [https://www.health.kr/researchInfo/herbalMedicine4\\_detail.asp?idx=374](https://www.health.kr/researchInfo/herbalMedicine4_detail.asp?idx=374)

과 같은 의미가 있는 복통 / 대장암, 장협착, 항문열창에서 나타나는 대변 굵기의 변화 / 종양, 협착 등으로 인한 장폐색에서 나타나는 오심 구토 / 계실염, 대장암에서 나타나는 발열 / 척수 이상에서 나타나는 요통, 안장형 마비(saddle anesthesia), 하지 무력/마비, 소변 이상 등<sup>49)</sup>이 있다.

이처럼 변비는 종양, 협착 등으로 인한 장폐색에서 경고 증상이 될 수 있는데 이때 오심, 구토와 함께 나타나는 특징이 있다. 이런 증상 특징은 구토와 함께 점차 대변과 소변이 모두 불리(不利)하는 열격(噎膈)과 합치한다. 결국, 장폐색에서 대변불통과 구토가 동반하는 증상은 열격(噎膈)과 비슷한 동시에 관격의 전형적인 사례로 추정할 수 있다.

### 3) 구역과 구토(Nausea and Vomiting)

구역과 구토 환자에서 심각한 질환은 임신 입덧 / 급성 임신성 급성 지방간 / HELLP 증후군(임신중독증에 용혈반응 hemolysis(H), 간기능장애 elevated liver enzymes(EL), 혈소판감소 low platelets(LP)를 합병한 질환) / 장폐색(ileus), 장천공(enterobrosia), 복막염(peritonitis)과 같은 응급 복강 질환 / 급성 심근경색증(acute myocardial infarction) / 두개골 골절(Skull fracture), 감염, 두개내압 상승(Increased Intracranial Pressure, ICP), 출혈과 같은 중추신경계 질환 / 독극물 섭취 / 상부 위장관 출혈(upper gastrointestinal bleeding) 등<sup>50)</sup>이 있는데, 즉각적인 조치가 필요한 경고증상을 파악해야 한다.

이와 관련한 경고증상과 심각한 원인을 예로 들면, 대량 토혈(피가 대부분 또는 원두커피 찌꺼기 같은 검은색)이 나타나는 상부위장관출혈(궤양, 정맥류, Mallory-Weiss 열상) / 두개골 골절과 같은 두부외상(head trauma)의 병력 / 두개내출혈, 종양, 감염에서 나타나는 두통 / 뇌막염에서 나타나는 경부 강직(stiff neck) / 두개내출혈, 종양, 감염에서 나타나는 의식상태 변화 / 급성 충수염에서 나타나는 우측 하복부 통증 / 급성 충수염에서 나타나는 배꼽 주위에서 우측 하복부로 전이되는 통증 / 급성 충수염에서 구토 전에 복통이 나타남 / 복막염에서 나타나는 계단 내려가는 등의 급격한 운동 시 심해지는 복통/ 급성 담낭염(acute cholecystitis)에서

나타나는 상부 복부 통증의 30분 이상 지속 / 급성 심근경색증에서 나타나는 급성 흉통 / 저혈량증(hypovolemia), 전해질 불균형으로 즉각적인 응급처치가 필요할 때 자세에 따른 증상, 힘이 없거나 소아의 경우 8시간 이상, 성인의 경우 12시간 이상 입으로 물을 못 마신 경우 등<sup>51)</sup>이 있다.

이처럼 구역과 구토는 급성 충수염에서 경고증상이 될 수 있고, 장폐색(ileus), 복막염(peritonitis)과 같은 응급 질환에서 나타날 수 있다. 이때 복통과 함께 나타나는 특징이 있다.

요약하자면, 급성 충수염, 장폐색(ileus), 복막염(peritonitis)에서 나타나는 구토, 복통에 다시 변비가 동반한다면 대변 불리와 구토가 동반하는 관격과 밀접한 관계가 있다고 볼 수 있다. 또한 만약 이와 같은 상황을 관격의 한 가지로 본다면, 관격의 주요 증상 외에 다시 '복통'까지 동반된다는 점에 주목할 필요가 있다.

### 4) 연하곤란(dysphagia)

연하곤란은 음식물이 구강에서 인두, 식도를 거쳐 위장관으로 보내지는 과정에 문제가 있는 것이다. 이는 인두로부터 식도를 거쳐 분문부에 이르기까지 기계적인 협착이나 운동성 장애가 있을 때 발생할 수 있다.

가장 많은 원인은 위식도역류 등 식도질환인데, 첫 번째는 만성 식도염, 식도암으로 인한 식도의 협착, 두 번째는 식도 기능장애, 그다음에는 신경이나 근육의 질환으로 이에 의해서 식도에 운동 장애, 마지막으로는 신경성구토증(nervous vomiting)이라고 하는 신경정신과 질환이다. 또한 혀, 인두, 후두부의 염증성 질환(설염, 편도염, 인두염 등)이나 악성 종양(설암, 후두암), 플러머-빈슨증후군(Plummer-Vinson syndrome), 식도질환으로서 이완 불능, 식도암, 식도염 등 외에 교원병(피부근염, 강피증), 연동운동 저하 질환, 분문부암 등도 있다.<sup>52)</sup>

그 밖에 신경학적 원인으로 뇌졸중(stroke), 외상성 뇌손상(traumatic brain injury), 파킨슨병, 근위축성 측삭경화증(amyotrophic lateral sclerosis), 다발성 경화증(multiple sclerosis), 치매(dementia), 다발성 뇌신경 마비(multiple cranial nerve palsy), 중증 근무력증(myasthenia gravis)

49) 강희철 역. 『의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학』. 서울:대한의학서적. 2001:272-273.

50) 강희철 역. 『의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학』. 서울:대한의학서적. 2001:331.

51) 강희철 역. 『의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학』. 서울:대한의학서적. 2001:332.

52) 두산백과. 연하곤란(dysphagia). [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://terms.naver.com/entry.naver?docId=1207816&cid=40942&categoryId=32774>

등이 있으며, 근육 손상으로 인한 원인으로 염증성 근육병증(inflammatory myopathy), 근위축증(muscular dystrophy)이 있다.

연하곤란은 음식을 삼키지 못하면서 대변 불통을 주요 증상 특징으로 삼는 열격(噎膈)<sup>53</sup>과 대변불통과 구토가 동반하는 관격과 비록 공통된 증상으로 볼 수 있으나, 연하곤란 하나로만 열격(噎膈) 또는 관격으로 여기는 것은 곤란하다. 다만, 연하곤란으로 인해 섭식 장애가 지속되는 경우 결국 대변이 잘 나오지 않는 결과를 초래할 수 있다. 그 상황을 포함한다면 연하곤란의 원인 질환 역시 관격과 관련이 있는 것으로 볼 수 있다.

결론적으로, 임상 표현에 근거하여 관격에서 나타나는 증상, 즉 배뇨곤란, 변비, 구역과 구토, 연하곤란과 관련된 응급 질환에서 추정된 것으로부터 알 수 있듯이, 관격과 정확히 1:1로 대응되는 현대의학 질환은 존재하지 않으나 그와 유사한 질환은 적지 않다. 어느 질환에서 기인하였는지 간에 급격하면서도 심각한 섭식 장애(구역과 구토, 연하곤란)와 배설 장애(배뇨곤란, 변비)가 동시에 나타나는 응급 상황을 관격으로 여겨도 무방할 것이다.

이에 이천이 관격의 병기(病機)를 기존의 관점과 달리 재해석한 부분이 무엇인지 분석하고, 또한 그가 재해석한 내용을 섭식 장애와 배설 장애의 관점으로 평가하면 다음과 같다.

### 3. 관격의 병리에 대한 이천의 재해석

『의학입문』 「장부총론」의 주병요략(主病要略)에서 관격의 병기를, 「잡병분류」에서 관격의 진맥, 치료를 설명하고 있다. 특히 「장부총론」의 주병요략에서 『영추·경맥』의 시동병, 소생병을 외감과 잡병으로 설명하였는데, 이천은 그 설명은 이동원(李東垣)의 견해이며, 주단계(朱丹溪)의 「십이경가괄(十二經歌括)」은 그것을 확장한 것<sup>54</sup>이라고 하였다.

### 1) 재해석의 근거

『의학입문』 「장부총론」의 대주(大註)에서 관격의 병기를 구체적으로 설명하기에 앞서 “삼음맥(三陰脈)은 오장을 영양하고, 삼양맥(三陽脈)은 육부를 영양하기에 음양이 조화로우면 관격의 질환이 없다. 다만 오장이 조화롭지 못하면 양에 해당하는 기가 막혀서 ‘구규(九竅)’가 불통(不通)하고, 육부가 조화롭지 못하면 음에 해당하는 영(榮), 즉 혈(血)이 멎쳐서 응저(癰疽)가 된다. ... 오장이 조화롭지 못하면 영혈(營血, 榮血)과 위기(衛氣)가 불통하여 사기(邪氣)가 밖으로 빠져나가지 못하므로 ‘구규’가 막히고, 구규가 이미 막히면 육부의 양기도 또한 안에서 소통되지 못한다. 내외가 불통하므로 맺혀서 응저, 창절(瘡癩)이 된다.”<sup>55</sup>라고 설명하였다. 이는 즉 「오장-기(+혈)-내부→외부-‘구규’불통」으로, 「육부-영혈(營血)(+기)-외부→내부-응저」로 대비하면서도 결국 두 가지 상황, 즉 관(關)과 격(格)이 병존함을 지적한 것이다.

이 구절을 진<sup>56</sup>은 오장주병(五臟主病) 중 응저에 관해 말한 것으로 오장과 칠규(七竅)의 기운이 통한다는 내용, 육부가 불화(不和)하면 응저가 생긴다는 내용, 음맥(陰脈)·양맥(陽脈)의 불화로 관격이 생긴다는 내용은 『영추·맥도』에서 나온다고 해설하였다. 그러나 이천이 『영추·맥도』<sup>57</sup>만 인용한 것이 아니라 『난경·삼십칠난(三十七難)』<sup>58</sup>을 함께 인용한 것으로 보는 것이 타당한데, 자세한 내용은 아래에 다시 설명한다.

또한 이 구절의 주제는 ‘오장주병 중 응저’가 아니다. 『영추·맥도』의 해당 문단에서 다른 주제는 맥을 통해 인체 내부의 오장과 육부의 기능이 밖으로 발현되는 현상을 설명하는 것이다. 자세히 설명하면, 오장의 기능은 이(耳)·목(目)·구(口)·비(鼻)의 감각기관과 밀접하고 육부의 기능은 피부·기육(肌肉), 즉 이·목·구·비를 제외한 체표 전체와 밀접하며, 육부의 양맥(陽脈)에 이상이 생기면 피부에 응저가

53) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1571. “飲食不下, 而大便不通, 名膈噎.”

54) 李梴, 『醫學入門(上)』, 서울:南山堂, 1991:318. “此又東垣獨得之見. 丹溪嘗分爲十二經歌括, 今悉纂於後條分, 故不重錄.”

55) 李梴, 『醫學入門(上)』, 서울:南山堂, 1991:317. “三陰之脈榮於臟, 三陽之脈榮於腑, 陰陽和而無關格之患. 惟五臟不和, 則氣滯而爲九竅不通, 六腑不和, 則榮聚而爲癰疽. ... 五臟不和, 則榮衛不通, 邪氣不得外泄, 故九竅壅滯. 九竅既滯, 則六臟陽氣, 亦不得通和於內. 內外不通, 故留結爲癰疽瘡癩.”

56) 이천 著, 진주표 譯解, 『(신대역) 편주 의학입문』, 서울:법민문화사, 2009:325.

57) 洪元植, 『精校黃帝內經靈樞』, 서울:東洋醫學研究院, 1985:115. “五藏常內閱於上七竅也. 故肺氣通於鼻, 肺和則鼻能知臭香矣. 心氣通於舌, 心和則舌能知五味矣. 肝氣通於目, 肝和則目能辨五色矣. 脾氣通於口, 脾和則口能知五穀矣. 腎氣通於耳, 腎和則耳能知五音矣. 五藏不和, 則七竅不通, 六腑不和 則留[結]爲癰. 故邪在府, 則陽脈不和, 陽脈不和, 則氣留之, 氣留之, 則陽氣盛矣. 陽氣太盛[邪在五臟], 則陰[脈]不利, 陰脈不利, 則血留之, 血留之, 則陰氣盛矣. 陰氣太盛, 則陽氣不能榮也, 故曰關. 陽氣太盛, 則陰氣不能榮也, 故曰格. 陰陽俱盛, 不得相榮. 故曰關格, 關格者, 不得盡期而死也.”

58) 全國韓醫科大學 原典學教室 編, 『難經』, 서울:法仁文化社, 2010:98. “五藏不和, 則九竅不通. 六腑不和, 則留結爲癰. 邪在六腑, 則陽脈不和, 陽脈不和, 則氣留之. 氣留之, 則陽脈盛矣. 邪在五藏, 則陰脈不和, 陰脈不和, 則血留之, 血留之, 則陰脈盛矣. 陰氣太盛, 則陽氣不得相營也, 故曰格. 陽氣太盛, 則陰氣不得相營也, 故曰關. 陰陽俱盛, 不得相營也, 故曰關格. 關格者, 不得盡其命而死矣.”

생기고 오장의 음맥(陰脈)에 이상이 생기면 이·목·구·비의 감각기관에 이상이 생기는데, 이를 차례대로 관(關)과 격(格)으로 부른다는 것이다. 즉 관(關)과 응저는 육부와, 격(格)과 ‘칠궁(七竅)’불통(不通)은 오장과 각각 밀접한 관계임을 설명하였다.

다음으로 『영추·맥도』, 『난경·삼십칠난』, 『의학입문』 「장부총론」에서 설명한 관(關), 격(格)의 병기를 비교하고자 한다. 『영추·맥도』에서 설명한 관(關), 격(格)의 병기를 도식화하면 아래와 같다. 이 내용은 격(格)에서 시작하여 관(關)에 이르는 과정을 설명한 것이다.

(1) 邪在六府 → 陽脈不和 → 氣留 → 陽氣(太)盛 → 陰[脈]不利(陰氣弗能榮) → 格 → 癰  
 ⇨ (2) (邪在五臟) → 陰脈不利 → 血留 → 陰氣(太)盛 → 陽氣不能榮 → 關 → ‘七竅’不通

『난경·삼십칠난』에서 설명한 관(關), 격(格)의 병기를 도식화하면 아래와 같다.

(1) 邪在六府 → 陽脈不和 → 氣留 → 陽脈盛 → 陽氣太盛 → 陰氣不得相營 → 關 → 癰  
 (2) 邪在五藏 → 陰脈不和 → 血留 → 陰脈盛 → 陰氣太盛 → 陽氣不得相營 → 格 → ‘九竅’不通

『의학입문』 「장부총론」에서 설명한 關, 格의 병기를 도식화하면 아래와 같다.

(1) 邪在六府 → 陽脈不和 → 氣留 → (陽脈盛) → 陽氣太盛 → 陰氣不得相營於下 → 關 + 癰(疽瘡癰)  
 ≙ 外感 → 是動病 → 氣病 → 下竅不利 → 關之類  
 (2) 邪在五藏 → 陰脈不和 → 血留 → (陰脈盛) → 陰氣太盛 → 陽氣不得相營於上 → 格 + ‘九竅’壅滯  
 ≙ 雜病 → 所生病 → 血病 → 上竅(七竅)不利 → 格之類

『영추·맥도』에서 격(格), 관(關)을 차례대로 「六腑-陽氣太盛-陰氣弗能榮」(格的 病理), 「五臟-陰氣太盛-陽氣不能榮」(關의 病理)으로 대비하였지만, 양기의 (太)盛에서 陰脈不利(陰氣弗能榮)으로 발전하는 ‘격(格)(癰이 발생)’은 다시 음기의 태성(太盛)을 초래하여 양기불능영(陽氣不能榮)으로 발전하여 ‘관(關)(七竅不通이 발생)’이 된다는 것이다. 이 내용은 『한의학대사전』에서 말한 그것(양기가 매우 성(盛)하여 음기와 서로 조화되지 못하는 것을 ‘관(關)’이라 하고, 음기가 매우 성(盛)하여 양기와 서로 조화되지 못하는 것을 ‘격(格)’이라 한다)과 반대이다.

『난경·삼십칠난』에서 관(關), 격(格)을 차례대로 「六腑-陽脈盛-陽氣太盛-陰氣得相營」(關의 病理), 「五臟-陰脈盛-陰氣太盛-陽氣得相營」(格的 病理)으로 대비하여 『영추·맥도』의 설명과 반대이지만 『한의학대사전』의 설명과는 같다. 이 책은 관(關), 격(格)을 차례대로 「陽氣太盛-陰氣得相營於下」(關의 病理), 「陰氣太盛-陽氣得相營於上」(格的 病理)로 대비하여 설명하여 『영추·맥도』의 그것과 반대이지만 『한

의학대사전』, 『난경·삼십칠난』의 그것과는 같다.

결국, 이 책은 『영추·맥도』의 설명을 따르지 않고 『난경·삼십칠난』의 설명을 따랐음을 확인할 수 있다.

앞에서 지적한 것처럼 ‘음기태성(陰氣太盛)’의 ‘음기(陰氣)’가 인체에 음기, 즉 한기(寒氣)를 의미한다면 음기가 성(盛)한 상황에서는 맥이 약해지고 작아지고 느려지므로 격(格)에서 나타나는 맥은 성(盛), 대(大), 삭(數)이라고 볼 수 없다. 따라서 ‘음기태성(陰氣太盛)’의 ‘음기’는 음맥(陰脈), 즉 오장의 맥을 가리키며 맥이 성(盛), 대(大), 삭(數)인 까닭은 오장에 열(熱)이 성(盛)하기 때문이라고 해석하는 것이 타당할 것이다. 『난경·삼십칠난』에서 본래 ‘음기태성(陰氣太盛)’의 앞에 ‘음맥성(陰脈盛)’의 구절이 있다는 점과 「잡병분류(雜病分類)」에서 격(格)은 음기가 상승하지 못하는 것이니 열(熱)이 하초(下焦)에 있기에 막혀서 배설되지 않는다는<sup>59)</sup> 설명이 이런 해석의 타당성을 뒷받침한다.

『영추·맥도』과 『난경·삼십칠난』에서 기술된 관격의 병기



가 이처럼 상반된 것을 진<sup>60)</sup>은 『영추·맥도』의 문장을 『난경』의 착간(錯簡)으로 본다고 주장하였다. 그러나 『난경』은 『소문』, 『영추』를 기본으로 하여 81가지 문제를 토론하여 만들어진 서적이며 『영추』가 『난경』보다 먼저 등장하였으므로 그 주장은 설득력이 적다. 한편, 관격의 명칭 또는 정의와 관련하여 『영추』와 『난경』 중 무엇이 옳은지에 대해서 장개빈(張介賓), 서령태(徐靈胎), 왕양(汪昂), 단파원간(丹波元簡) 등 다수의 의가(醫家)가 이미 논한 것<sup>61)</sup>이 있다.

주목할 점은 이천은 「장부총론」의 앞부분에서 『난경·삼십칠난』의 내용에 따라 「六腑-營(榮)血(+氣)-외부→내부-癰疽」와 「五臟-氣(+血)-내부→외부-‘九竅’不通」으로 대비하였지만, 다음 부분에서는 「六腑-氣-關-外感-‘下竅’不利」와 「五臟-營(榮)血-格-雜病-‘上竅’不利」로 대비하여 설명하였다. 즉 부(腑)와 장(臟)의 음양 속성을 바꿨을 뿐만 아니라 ‘외부→내부’, ‘내부→외부’의 방향성을 각각 외감, 잡병으로, 옹저, ‘구구(九竅)불통을 각각 하구불리(下竅不利), ‘상구(上竅), 즉 칠구(七竅) 불리로 대신하였다.

이런 논리 구조는 「잡병분류」에서 관(關)은 양기가 하강하지 못하는 것이니 (외감으로) 한사(寒邪)가 흉중(胸中,

上焦를 가리킴)에 있기에 (섭취한 음식이) 막혀서 들어오지 못하고, 격(格)은 음기가 상승하지 못하는 것이니 (잡병으로) 열(熱)이 하초(下焦)에 있기에 (소화된 조박(糟粕)이) 막혀서 배설되지 않는다는<sup>62)</sup> 내용과 서로 호응한다.

앞서 지적한 것처럼, 이천이 관격의 병리를 설명할 때 『영추·맥도』의 내용과 『난경·삼십칠난』<sup>63)</sup>의 내용을 동시에 고려하여 자신의 관점으로 재해석한 것이다. 그는 이런 재해석이 아무 근거 없는 것이 아니라 이동원, 주단계 등의 학설을 계승한 것이라고 겸손하게 표현하였다.

## 2) 관(關)과 격(格)의 의미 확장

이천은 「장부총론」에서 『난경·삼십칠난』에 따라 「六腑-陽脈盛-陽氣太盛-陰氣得相營(關의 病理), 「五臟-陰脈盛-陰氣太盛-陽氣得相營(格의 病理)으로 대비하였는데, 이를 다시 「六腑-是動病-氣病-外感-下竅不利-關의 종류, 「五臟-所生病-血病-雜病-上竅不利-格의 종류」로 확장하여 대비하였다.

(1) 邪在六腑 → 陽脈不和 → 氣留 → (陽脈盛) → 陽氣太盛 → 陰氣不得相營於下 → 關 + 癰(疽瘡癰)
≡ 外感 → 是動病 → 氣病 → 下竅不利 → 關之類
(2) 邪在五臟 → 陰脈不和 → 血留 → (陰脈盛) → 陰氣太盛 → 陽氣不得相營於上 → 格 + ‘九竅’壅滯
≡ 잡병(雜病) → 所生病 → 血病 → 上竅(七竅)不利 → 格之類

즉, 그는 육부병(六腑病)/오장병(五臟病), 양성(陽盛)/음성(陰盛), 하구불리(下竅不利)/상구불리(上竅不利)의 대비로 관(關)과 격(格)을 변별하는 기준으로부터 추론하여, 다시 외감병/잡병, 시동병(是動病)/소생병(所生病), 기병(氣病)/혈병(血病), ‘관(關)의 종류’/‘격(格)의 종류’의 대비로 확장하였다.

이같이 확장한 논리 근거를 두 단계로 나누어 설명하고자 한다.

첫째, 이천이 관격의 범위를 외감병/잡병으로 확대한 근거는 이동원의 『내외상변론(內外傷辨論)·변맥(辨脈)』, 『변내상음식용약소의소금(辨內傷飲食用藥所宜所禁)』<sup>64)</sup>에서 찾을 수 있다.

앞서 이미 언급한 것처럼 『소문·육절장상론』, 『영추·중시』, 『영추·금복』 등에서 인영맥과 기구맥의 크기를 비교함으로써 질병이 三陽(六腑), 三陰(五臟) 중 어느 곳에 있는지 변별하

59) 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1574-1575. “關乃陽不下, 以寒在胸中, 塞而不入. 格乃陰不上, 以熱在下焦, 窒而不出. 上下不通, 三焦撩亂, 中氣不足, 陰陽不能相榮, 故既關且格.”

60) 이천 저, 진주표 譯解. 『(신대역) 원주 의학입문』. 서울:법민문화사. 2009:325.

61) 조학준. 『『內經』과 『難經』의 관격의 모순에 대한 研究 -『證治準繩』, 『景岳全書』, 『醫學入門』 등을 중심으로 -』. 대한한의학원전학회지. 2007; 20(1):49-64.

62) 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1574-1575. “關乃陽不下, 以寒在胸中, 塞而不入. 格乃陰不上, 以熱在下焦, 窒而不出. 上下不通, 三焦撩亂, 中氣不足, 陰陽不能相榮, 故既關且格.”

63) 全國韓醫科大學 原典學教室 編. 『難經』. 서울:法仁文化社. 2010:98. “五藏不和, 則九竅不通. 六腑不和, 則留結爲癰. 邪在六腑, 則陽脈不和, 陽脈不和, 則氣留之, 氣留之, 則陽脈盛矣. 邪在五藏, 則陰脈不和, 陰脈不和, 則血留之, 血留之, 則陰脈盛矣. 陰氣太盛, 則陽氣不得相營也, 故曰格. 陽氣太盛, 則陰氣不得相營也, 故曰關. 陰陽俱盛, 不得相營也, 故曰關格. 關格者, 不得盡其命而死矣.”

64) 李杲. 『內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 中)』. 北京:中國中醫藥出版社. 2005:20. “『內經』云, 內傷者, 其氣口脈反大於人迎, 一倍二倍三倍, 分經用藥.”

고, 인영맥과 기구맥이 정상보다 4배 이상 성(盛)하면 각각 格(陽), 關(陰)으로 진단하였다. 이동원은 『내외상변론·변맥』에서 『내경』에서 설명한 인영맥과 기구맥의 크기 비교를 외감병과 내상병을 구별하는 데 응용하였는데, 즉 인영맥이 더 크면 외감병으로, 기구맥이 더 크면 내상병으로 변별하였다.<sup>65)</sup>

이천은 『내경』에서 格(陽), 關(陰)으로 진단한 방법과 이동원의 외감, 내상을 변별한 진단법은 모두 인영맥, 기구맥의 극성(極盛)을 기준으로 하고 있으므로, 관(關)/격(格)과 외감/잡병(내상)의 관계를 하나의 이치로 설명할 수 있다고 인식하여 결국 「六腑-外感-下竅不利-關의 종류」, 「五臟-雜病(內傷 포함)-上竅不利-格의 종류」로 확장한 것이다.

이동원이 본래 인영-기구 비교 맥진을 통해 외감, 내상을 변별했던 방법을 이천이 관(關), 격(格)의 범주로 확장하여 외감병을 ‘관지류(關之類)’, 잡병(내상 포함)을 ‘격지류(格之類)’라고 명명(命名)한 것은 이천의 독창적인 견해라고 평가할 수 있다.

둘째, 이천이 관(關)과 격(格)의 범위를 시동병/소생병, 기병/혈병으로 확장한 근거와 관련한 내용은 『난경·이십이난(二十二難)』<sup>66)</sup>과 『영추·경맥』<sup>67)</sup>에서 찾을 수 있다.

다만, 이와 같은 확장은 육부병을 시동병-기병으로, 오장병을 소생병-혈병으로 변별한다는 전제가 있어야만 가능하다. 주지하다시피, 『난경·이십이난』과 『영추·경맥』에서 언급한 시동병/소생병을 각각 오장병/육부병과 기병/혈병으로 인식, 변별하는 관점은 『난경』, 『영추』의 수많은 주석(注釋)을 통해 널리 전파되었으며, 그로 인해 명대(明代) 당시 의가(醫家)의 보편적 지식이었다.

### 3) 재해석에 대한 평가

『의학입문』 목차에서 볼 수 있듯이, 이천은 질병을 상한(傷寒)(또는 외감), 내상, 잡병 등으로 분류하였다. 그가 의

감과 내상을 변별한 것은 이동원의 관점을 수용한 것이고, 다시 잡병을 포함한 것은 주단계의 관점까지 수용한 것으로 볼 수 있다.

그는 「장부총론」에서 관(關)과 격(格)을 내세워 각각 외감병/잡병, 기병/혈병, 시동병/소생병 등 상반된 속성으로 대비하였는데, 관격에 대한 그의 재해석이 근거가 없는 것이 아니라 이동원의 견해에 따른 것이며, 주단계는 그것을 확장하여 「십이경가관」을 지었기에 「장부조분(臟腑條分)」에서 그 내용을 인용, 수록하였음을 밝혔다.

그가 이처럼 관격이 적용되는 범위를 외감, 잡병을 막론하고 모든 병으로 확장하여 관격의 의의를 ‘관격이 되면 그 수명을 다하지 못하고 죽는다. 따라서 관격은 백병(百病)의 관건이다.’<sup>68)</sup>라고 설명하였다. 이는 관격이 기타 병증(病症)과는 달리 특별한 의의가 있음을 지적한 것이다. 즉 관격을 개별 병증 중 하나로 인식한 것이 아니라, 개별 병증이 극도로 악화하여 위태로운 예후를 나타내는, 사망 직전의 최종 상황으로 인식한 것이다. 이런 상황은 외감병 또는 잡병이 악화할 때 모두 이를 수 있을 것이다.

또한, 관(關)과 격(格)을 각각 하나의 독립된 병증이 아니라, 서로 다른 경로(예를 들어 외감병/잡병 등)를 통해 다양한 병증이 극도로 악화하여 생명에 큰 위해가 되는 응급 상황으로 해석할 수 있다.

즉, 『난경·삼십일난』에서 언급한 삼초(三焦)의 기능, 삼초는 인체에서 수곡(水穀)이 이동, 소화되는 통로이며 곡기(穀氣)가 끝나고 시작되는 곳으로서 상초(上焦)는 음식을 섭취하는 것을 주관하여 섭취한 뒤 다시 체외로 내보내지 않으며, 중초(中焦)는 위로 오르지도 않고 아래로 내려가지도 않기에 수곡을 부숙(腐熟), 소화하고, 하초(下焦)는 청탁(淸濁)을 분별하며 소화되고 남은 찌꺼기, 즉 조박(糟粕)을 체외로 내보내기만 하지 받아들이지 않는다는<sup>69)</sup> 관점으로 관격을 해석할 수 있다.

65) 李杲, 『內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 中)』, 北京:中國中醫藥出版社, 2005:7. “古人以脈上辨內外傷於人迎氣口, 人迎脈大於氣口爲外傷, 氣口脈大於人迎爲內傷. 此辨因是, 但其說有所未盡耳. 外感風寒, 皆有餘之證, 是從前客邪來也, 其病必見於左手, 左手主表, 乃行陽二十五度. 內傷飲食及飲食不節, 勞役過甚, 皆不足之病也, 必見於右手, 右手主裏, 乃行陰二十五度. 故外感寒邪, 則獨左寸人迎脈浮緊, 按之洪大. 緊者, 急甚於弦, 是足太陽寒水之脈, 按之洪大而有力, 中見手少陰心火之脈, 丁與壬合, 內顯洪大, 乃傷寒脈也. 若外感風邪, 則人迎脈緩, 而大於氣口一倍, 或二倍, 三倍. 內傷飲食, 則右寸氣口脈大於人迎一倍, 傷之重者, 過在少陰則兩倍, 太陰則三倍, 此內傷飲食之脈.”

66) 全國韓醫科大學 原典學教室 編, 『難經』, 서울:法仁文化社, 2010:61. “經言, 脈有是動, 有所生病. 一脈變爲二病者, 何也? 然. 經言是動者, 氣也; 所生病者, 血也. 邪在氣, 氣爲是動; 邪在血, 血爲所生病. 氣主响之, 血主濡之. 氣留而不行者, 爲氣先病也; 血壅而不濡者, 爲血後病也. 故先爲是動, 後所生也.”

67) 洪元植, 『精校黃帝內經靈樞』, 서울:東洋醫學研究院, 1985:79-83.

68) 李梴, 『醫學入門(上)』, 서울:南山堂, 1991:318. “陰陽俱甚, 陰中無陽, 陽中無陰, 陰陽相離, 使榮衛否塞, 氣血不相營運, 此則五臟六腑皆受邪也, 故曰關格. 關格者, 不得盡其命而死. 關格, 其百病之關鍵矣乎!”

69) 全國韓醫科大學 原典學教室 編, 『難經』, 서울:法仁文化社, 2010:86. “三焦者, 水穀之道路, 氣之所終始也. 上焦者, 在心下下膈, 在胃上口, 主內而不出, 其治在臍中, 玉堂下一寸六分, 直兩乳間陷者是. 中焦者, 在胃中脘, 不上不下, 主腐熟水穀, 其治在臍傍. 下焦者, 當膀胱上口, 主分別清濁, 主出而不內, 以傳道也, 其治在臍下一寸. 故曰三焦, 其府在氣街.”

다시 말하면, 격(格)은 다양한 응급 상황에서 음식물의 섭취 과정에서 발생하는 장애를, 관(關)은 그 상황에서 음식물을 소화, 흡수한 뒤 남은 것을 체외로 배설하는 데 발생하는 장애를 가리키는 것이다. 또한 일반적으로 음식물의 섭취와 소화·흡수한 뒤 배설은 서로 영향을 끼친다. 음식물 섭취에 장애가 발생하면 결국 배설에도 장애가 생기고, 그 반대의 경우도 같다. 따라서 관(關)과 격(格)은 단독으로 발생하기보다는 결국 동시에 나타나는 특징이 있다.

이런 설명 방식은 「잡병분류」 격열(膈噎)에서 섭식 장애와 배설 장애(大便閉塞)가 일어나는 과정을 상·중·하 삼초로 나누어 설명하고 나서 삼초의 의의를 기혈(氣血)과 진액(津液)이 유통하는 도로<sup>70)</sup>라고 지적인 내용과 상통한다. 다만, 열격(噎膈)의 배설 장애는 주로 대변불리의 형태로 나타나는 데 반하여, 관격의 경우 대변불리뿐만 아니라 소변불리도 나타날 수 있다는 점에서 차이가 있다.

한편 곡란(糞亂)에도 갑자기 구토와 설사가 동시에 나타나므로 섭식 장애와 배설 장애가 동시에 나타난다는 점은 관격과 비슷하나 곡란의 배설 장애는 설사 형태로 나타나므로 배설이 이루어지나 관격은 대변불리 형태로 나타나서 배설 자체가 이루어지지 않는다는 점이 서로 다르다.

요약하면, 이천은 관격을 두통, 발열과 같이 하나의 독립된 병증(病症)이 아니라, 외감/잡병(내상 포함)의 원인에 의해 육부/오장, 기/혈에서 다양한 병증(病症)이 생기다가 점차 악화하여 심한 섭식 장애와 배설 장애가 발생하는 응급 상황에 이른다고 인식하였다고 해석할 수 있다.

이처럼 관격을 다양한 질병이 결국 특정한 응급 상황에 이를 수 있다는 관점으로 해석한다면, 『의학입문』 관격은 당시 의료 수준을 고려할 때 특정 응급 상황을 대처하는데 얼마나 적절하고 유용한 지식이었을까? 이에 대해서는 아래에 기술하기로 한다.

덧붙이자면, 이천이 「장부총론」에서 관(關)과 격(格)을 각각 외감병/잡병, 기병/혈병, 시동병/소생병 등 상반된 속

성으로 대비한 것은 관격에 대한 이해를 지나치게 단순화하였을 뿐만 아니라 이분법적인 사고에서 벗어나지 못했다는 비판의 여지가 있다.

그러나 그는 외감병은 대체로 기병에서 시작하여 결국 혈병에 이르거나 잡병은 대체로 혈병에서 시작하여 결국 기병에 이르게 된다는 균형감 있는 관점을 가지고 있었으며, 그런 관점은 『의학입문』 「상한(傷寒)」, 「잡병」에서 어렵지 않게 찾아볼 수 있다. 예를 들어 「상한」에서 외감에서 나타나는 혈병에 어혈(瘀血)<sup>71)</sup>, 녹혈(衄血)<sup>72)</sup>, 토혈(吐血)<sup>73)</sup> 등이 있고, 외감병에도 격(格)의 증상인 구토<sup>74)</sup>에 대해 설명하였다. 또한 「잡병」에서 잡병에서 나타나는 기병에 기체(氣滯), 자통(刺痛)<sup>75)</sup> 등이 있고, 잡병에도 관(關)의 증상인 소변불통<sup>76)</sup>, 임증(淋證)<sup>77)</sup>, 대변조결(大便燥結)<sup>78)</sup>에 대해 설명하였다.

그렇다면 그가 「장부총론」에서 관격을 이분법적으로 단순화하여 설명한 이유는 무엇일까? 앞서 설명한 것처럼 이동원이 질병을 외감병과 내상병(잡병에 해당)을 변별하여 치료한 견해를 따른 것이면서, 동시에 『의학입문』이라는 서명(書名)처럼 의학에 입문하는 초학자를 위해 복잡·다단한 질병을 쉽게 이해하려는 의도가 있었을 것이다.

덧붙이자면, 이천은 「장부총론」에서 비록 관(關)과 옹저는 육부와, 격(格)과 ‘칠규’불통은 오장과 각각 밀접한 관계라는 『영추·맥도』의 내용을 인용하였지만, 「잡병분류」에서 관(關)과 격(格)의 증상을 정의할 때 『영추·맥도』에서 언급한 옹저와 두면부의 칠규불통을 포함하지 않았다.

#### 4. 관격의 진맥(診脈)

『의학입문』 「잡병분류」에서 관격의 진맥을 『내경』에서 “인영맥이 기구맥보다 4배 큰 것을 ‘격(格)’이라고 이름하고, 기구맥이 인영맥보다 4배 큰 것을 ‘관(關)’이라고 이름한다.”<sup>79)</sup>라고 하였는데 이는 『소문·육절장상론』, 『영추·중

70) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1571-1572. “病因內傷憂鬱失志, 及飲食淫慾, 而動脾胃肝腎之火, 或因雜病, 誤服辛香燥藥, 俱令血液衰耗, 胃脘枯槁. 其槁在上焦賁門者, 食不能下, 下則胃脘當心而痛, 須臾吐出乃止. 賁門即胃脘上口, 言水穀自此, 奔入於胃, 而氣則傳之於肺也. 其槁在中焦幽門者, 食物可下, 良久復出, 幽門與中脘相近, 言其位幽僻, 胃中水穀自此, 而入小腸也. 其槁在下焦關門者, 朝食暮吐, 暮食朝吐, 關門臍下, 欄約水穀, 分入膀胱大腸, 而爲糞溺, 是大小腸膀胱, 乃氣血津液流通之道路也.”

71) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1132.

72) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1166.

73) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1167.

74) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1162-1164.

75) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1549-1551.

76) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1538-1539.

77) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1534-1538.

78) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1528-1530.

시, 『영추·금복』 등의 내용을 간추려서 인용한 것이다.

일찍이 『난경·삼난(三難)』에서 일맥(溢脈)(外關內格)과 복맥(覆脈)(內關外格)을 진장맥(眞藏脈)의 일종으로 설명하였고<sup>80)</sup> 이동원은 『내경』에 근거하여 내상과 외감을 변별할 때 인영맥이 기구맥보다 크면 ‘외감’으로, 그와 반대이면 ‘내상’으로 판단하였다. 즉 인영맥이 기구맥보다 4배 이상 더 크면 외감병이 극도에 달한 것인데 『영추·중시』, 『영추·금복』 등을 따라 이를 ‘溢陽(陽氣太盛)’, ‘(外)格’이라고 명명하고 그 반대의 경우 ‘溢陰(陰氣太盛)’, ‘(內)關’이라고 명명하였다.

이천은 「잡병분류」에서 『소문·육절장상문』, 『영추·중시』, 『영추·금복』을 따라 관(關), 격(格)의 진맥을 설명하였으나, 「장부총론」에서는 『난경·삼십칠난』에서 설명한 관(關)과 격(格)의 병기<sup>81)</sup>를 따라 「잡병분류」와 반대로 양기태성(陽氣太盛)의 상태를 ‘관(關)’, 음기태성(陰氣太盛)의 상태를 ‘격(格)’이라고 정의하였다.

맥으로 관(關), 격(格)을 진단할 때 고려할 것은 인영, 기구의 정위(定位)가 『내경』과 이동원의 관점이 서로 다르다는 점이다. 그 위치를 『내경』은 각각 경동맥 부위와 요골동맥으로, 이동원은 『맥경(脈經)』 학설을 따라 각각 왼손, 오른손의 요골동맥으로 보았고 이천은 이동원의 학설을 따르고 있다.

이천의 학문 깊이로 볼 때 『내경』과 『난경·삼십칠난』에서 각각 언급한 관격의 병기가 상반된다는 사실을 단순히 인지하지 못하였을 개연성은 매우 적었을 것이다. 그보다 명대 당시 관(關)과 격(格)에 대한 변별에 대해 이미 『내경』의 학설보다 『난경』의 학설이 대다수의 의가(醫家)가 보편적인 것으로 인식하고 있었을 개연성이 더 크다. 따라서 그가 비록 『내경』의 진맥을 인용하였지만 실제로는 『난경』의 학설에 따라 진단, 치료하였을 것으로 추측한다.

그런데 『난경』의 학설에 따라 관(關)과 격(格)을 변별하면, 인영맥과 기구맥을 기준으로 외감, 내상을 변별, 진단하

는 측면에서는 관(외감), 격(잡병)을 반대로 변별하게 되는 오류가 발생한다. 따라서 『난경』의 학설에 따라 관(關)과 격(格)을 변별하였다면, 진맥 역시 그 학설에 따라야 합당할 것이다. 다시 말하면, 陽脈(陽氣)이 太盛(溢陽)한 관(關)에서는 일맥(溢脈)(外關內格)이 먼저 나타나고, 陰脈(陰氣)이 太盛(溢陰)한 격(格)에서는 복맥(覆脈)(內關外格)이 먼저 나타나다가, 결국 관(關)에서 관격으로, 또는 격(格)에서 관격으로 이르게 되면 일맥(溢脈)과 복맥(覆脈)이 동시에 나타나는 것으로 보는 것이 타당하다.

한편 『난경』에서 관(關)의 병기를 외관내격(外關內格), 격(格)의 병기를 내관외격(內關外格)이라고 설명함으로써 이처럼 관(關)과 격(格)에 대한 정의가 『영추·중시』, 『영추·금복』 등과 상반되는 문제를 해결하고자 시도한 것으로 보이지만, 『난경』의 등장으로 『내경』과 『난경』의 학설 중 어느 것이 옳은지에 대한 논란이 오히려 본격화되었다. 장개빈은 『내경』의 학설이 옳다고 주장하고, 서령태는 『난경』에 본래 착간(錯簡)이 있으므로 ‘관(關)’자와 ‘격(格)’자를 바꾸어야 한다고 주장하고, 왕양과 단과원간 등은 관(關), 격(格)의 음양을 굳이 변별할 필요가 없다고 하였다.<sup>82)</sup>

최근 선행연구에서 『내경』과 『난경』에서 언급한 관격의 정의가 상반된 문제를 『의학입문』에서 외감·잡병을 변별한 기준을 근거로 통일된 관점으로 해석<sup>83)</sup>하려고 시도하였다.

결국, 관(關)과 격(格)에 대한 정의 또는 명칭이 다른 문제를 해결하려면, 『내경』의 정의(또는 명칭)와 『난경』의 정의가 상반된다는 점을 잘 알아야 하고, 각각의 정의에 따라 진맥 기준(인영맥과 기구맥의 상대적 크기)도 다름을 명확히 인식해야 한다.

그러나 관격은 결국 섭식 장애와 배설 장애가 동시에 나타나는 상황으로서 인영맥과 기구맥이 동시에 비정상적으로 극도로 항진되어 있다는 점을 고려하면, 관(關)과 격(格)을 서로 다르게 정의한 두 서적의 시비를 논하는 것은

79) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1574-1575. “經云, 人迎脈大於氣口四倍, 名曰格. 氣口脈, 大於人迎四倍, 名曰關.”  
 80) 全國韓醫科大學 原典學教室 編, 『難經』, 서울:法仁文化社, 2010:22. “脈有太過, 有不及, 有陰陽相乘, 有覆有溢, 有關有格, 何謂也. 然, 關之前者, 陽之動也, 脈當見九分而浮. 過者, 法曰太過, 減者, 法曰不及. 遂上魚爲溢, 爲外關內格, 此陰乘之脈也. 關以後者, 陰之動也, 脈當見一寸而沈, 過者, 法曰太過, 減者, 法曰不及. 遂入尺爲覆, 爲內關外格, 此陽乘之脈也. 故曰覆溢. 是其眞藏之脈, 人不病而死也.”  
 81) 全國韓醫科大學 原典學教室 編, 『難經』, 서울:法仁文化社, 2010:98. “五藏不和, 則九竅不通. 六府不和, 則留結爲癰. 邪在六府, 則陽脈不和, 陽脈不和, 則氣留之. 氣留之, 則陽脈盛矣. 邪在五藏, 則陰脈不和, 陰脈不和, 則血留之, 血留之, 則陰脈盛矣. 陰氣太盛, 則陽氣不得相營也, 故曰格. 陽氣太盛, 則陰氣不得相營也, 故曰關. 陰陽俱盛, 不得相營也, 故曰關格. 關格者, 不得盡其命而死矣.”  
 82) 조학준, 『『內經』과 『難經』의 관격의 모순에 대한 研究 - 『證治準繩』, 『景岳全書』, 『醫學入門』 등을 중심으로 -』, 대한한의학원전학회지, 2007; 20(1):52-54.  
 83) 조학준, 『『內經』과 『難經』의 관격의 모순에 대한 研究 - 『證治準繩』, 『景岳全書』, 『醫學入門』 등을 중심으로 -』, 대한한의학원전학회지, 2007; 20(1):63. “『내경』에서 溢陽(外格 또는 格陽)이라고 한 것은 사실 외감의 한사(寒邪)가 태성(太盛)하여 양(陽)이 격거(格拒)되어 토역(吐逆)하다가 하초(下焦)로 과급되면 『난경』에서 이른바 ‘陽氣가 태성(太盛)하여 양승음위(陽乘陰位)하는 복맥(覆脈)’이 나타나서 용폐(癰閉)까지 나타내게 되는 것이니 이를 『난경』의 內關外格(또는 關)으로 이해할 수 있다. 마찬가지로 『내경』에서 溢陰(內關 또는 關陰)이라고 한 것은 사실 잡병의 열사(熱邪)가 태성(太盛)하여 음이 막혀서 용폐(癰閉)하다가 상초(上焦)로 과급되면 『난경』에서 이른바 ‘음기가 태성(太盛)하여 음승양위(陰乘陽位)하는 일맥(溢脈)’이 나타나서 토역(吐逆)까지 나타내게 되는 것이니 이를 『난경』의 外關內格(또는 格)으로 이해할 수 있다.”

임상적으로는 그 의미가 크지 않다고 본다.

과거에 정상 혈압의 범위에 대한 전문가 집단의 합의에 따라 고혈압의 정의가 변경된 사례, 2000년 전후에 소아의 질병으로만 여기던 주의력결핍 과다행동장애(attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD)를 이제는 성인에게까지 적용하고 있는 사례를 비추어 본다면, 관격에 대한 정의를 내릴 때 어떤 서적을 기준으로 하는지를 논박하는 것은 의료 문제의 본질은 아닐 것이다.

결국 어떤 정의를 채택할 것인가에 대한 공론화를 거쳐 보편적이고 공통적인 결론에 도달하는 것이 현실적이다. 한편 『한의학대사전』에서 서술한 관격의 정의는 사실 『난경』의 학설을 따르고 있으며, 그 내용이 관격의 보편적 정의가 되었다고 보아야 할 것이다.

다만 주의할 점은, 『내경』과 『난경』 두 서적의 정의와 진단 기준을 혼용하여 사용하면 안 된다는 것이다. 즉 『의학입문』의 「장부총론」과 「잡병분류」처럼 관(關)과 격(格)의 정의와 진단 기준을 반대로 설명한 내용을 아무런 확인 없이 수용하면 그 지식을 활용하는 자에게 혼란을 줄 수 있을 것이다.

## 5. 관격의 감별진단

『의학입문』 「잡병분류」에서 관격은 구토, 격열(膈噎)(즉 噎膈), 임증(淋證)을 참고하라고 설명하였다. 이는 본래 그 증상들과 연관성이 있다는 설명이지만 그와 동시에 감별할 필요도 있다.

관격은 구토와 소변불리/대변불리가 동시에 나타나는 병증이므로 구토 또는 소변불리, 대변불리가 단독으로 나타나는 병증(病症)과 같지 않다.

이천은 일찍이 관격과 열격(噎膈) 치료에 있어서 조금 다름을 언급하였으나<sup>84)</sup> 증상의 차이는 구체적으로 설명하지 않았다. 다만 「잡병분류」 격열(膈噎)에서 『의학정전(醫學正傳)』 등을 인용하여 격열(噎膈)에서 섭식 장애와 배설 장애(大便閉塞)가 일어나는 과정을 삼초로 나누어 설명하였다.<sup>85)</sup> 이는 앞서 관격의 병리를 현대적으로 설명한 내용

과 기본적으로 같다.

이처럼 섭식 장애와 배설 장애를 동반한다는 특징은 관격과 열격(噎膈)이 공통적이다. 그러나 『의학입문』에 따르면 열격(噎膈)은 환자의 나이가 많으면서 혈고(血枯)로 인해 대변이 염소똥 같은 경우와 나이가 적으면서 담박한 음식을 먹지 않고 방실(房室), 즉 성생활을 삼가지 않아서 열격(噎膈)이 악화하는 경우<sup>86)</sup>와 기혈(氣血)이 모두 허한 자가 연말(涎沫)을 심하게 토하는 경우<sup>87)</sup>를 제외하고 예후가 대체로 양호하다. 즉 열격(噎膈)은 대체로 만성이면서 초기에 치료하거나 섭생에 주의하면 예후가 양호하다고 본 것이다. 그러나 관격은 하루 이내에 사망할 만큼<sup>88)</sup> 급성이면서 종종 생명이 위태로운 상황에 도달<sup>89)</sup>하는 등 예후가 대부분 불량하다는 점에서 다르다. 또한 괄란(癩亂)은 섭식 장애와 배설 장애가 동반하나 배설 장애가 설사 형태로 나타난다.

감별의 편의를 돕기 위해 구토, 소변불리, 대변불리, 설사 증상을 기준으로 괄란(癩亂), 열격(噎膈)과 관격의 관계를 벤다이어그램으로 표현하면 그림 1과 같다. 그림 1에서 열격(噎膈)은 ②, ④에, 관격은 ①, ②, ④에, 괄란(癩亂)은 ⑤에 해당한다고 볼 수 있다.

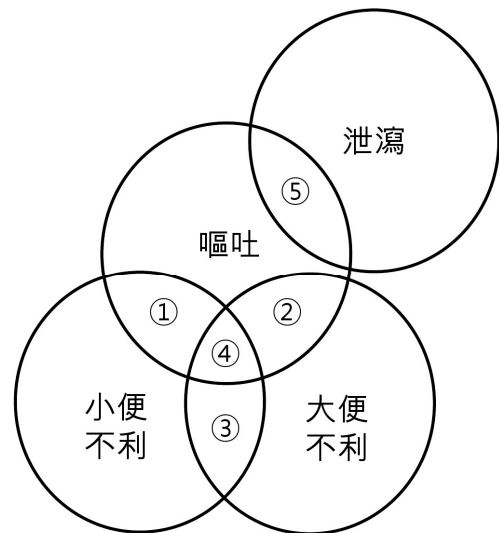


그림 1. 괄란(癩亂), 열격(噎膈)과 관격의 관계

84) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “關格與噎稍異.”

85) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1571-1572. “病因內傷憂鬱失志, 及飲食淫慾, 而動脾胃肝腎之火, 或因雜病, 誤服辛香燥藥, 俱令血液衰耗, 胃脘枯槁. 其槁在上焦賁門者, 食不能下, 下則胃脘當心而痛, 須與吐出乃止. 賁門即胃脘上口, 言水穀自此, 奔入於胃, 而氣則傳之於肺也. 其槁在中焦幽門者, 食物可下, 良久復出, 幽門與中脘相近, 言其位幽僻, 胃中水穀自此, 而入小腸也. 其槁在下焦關門者, 朝食暮吐, 暮食朝吐, 關門臍下, 欄約水穀, 分入膀胱大腸, 而爲糞溺, 是大小腸膀胱, 乃氣血津液流通之道路也.”

86) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1574. “凡五十歲後, 血枯, 糞如羊屎, 及年少, 不淡薄飲食, 斷絕房室者, 不治.”

87) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1573. “氣血兩虛多口沫. 沫大出者死.”

88) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “古云, 關格, 死在旦夕.”

89) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “凡關格, 見頭汗者, 死.”

## 6. 관격의 치료 방법

『의학입문』에 따르면 열격(噎膈)의 원인과 병기에 대해서, 내상의 경우 우울, 실지(失志), 음식, 음욕(淫慾)(방실(房室) 과도)로 인하여 비(脾), 위(胃), 간(肝), 신(腎)의 화(火)를 요동케 하거나, 잡병의 경우 신향조약(辛香燥藥)을 잘못 복용하여 생기는데 모두 혈액이 쇠모(衰耗)하여 위완(胃脘)의 진액(津液)이 고갈하여 생긴다고<sup>90)</sup> 설명하였다. 또한 열격(噎膈)의 치료에 대해서 화(火)(實火, 虛火), 담(痰), 식적(食積), 칠정(七情)의 실증(實證)과 기허(氣虛), 혈허(血虛), 기혈양허(氣血兩虛)의 허증(虛證)으로 세분하지만, 허실(虛實)을 막론하고 모두 익음양위(益陰養胃)를 위주로 치료한다고 하였다.<sup>91)</sup>

그에 반해 관격은 외감, 잡병을 막론하고 두루 나타나므로 그 원인을 특정하지 못하지만, 병기는 「장부총론」과 「잡병분류」 두 군데에서 일관되게 관(關)은 외감으로 한사(寒邪)가 흉중(胸中), 즉 상초(上焦)에 있어서 양이 하강하지 못하여 섭식 장애가 생긴 것이고 격(格)은 잡병으로 열(熱)이 하초(下焦)에 있어서 음이 상승하지 못하여 배설 장애가 생긴 것이며, 섭식 장애와 배설 장애가 동시에 나타나는 것은 상·중·하 삼초가 요란한 데다가 중기(中氣)가 부족하여 음의 상승과 양의 하강이 모두 불가능하므로 관(關)과 격(格)이 함께 나타난다고<sup>92)</sup> 설명하였다.

여기에서 유의할 것은 이천이 설명한 ‘한사(寒邪)가 흉중(胸中)에 있어서 양이 하강하지 못하는’ 관(關)은 외감의 한사가 흉중으로 직중(直中)한 ‘한증(寒證)’이 아니라, 외감의 한사가 양경(陽經)을 통해 침입한 뒤 열(熱)로 변화한 것, 즉 외감의 ‘열증(熱證)’을 가리킨다는 점이다. 그 이유는 앞서 「六腑-陽脈盛-陽氣太盛-陰氣得相營(關의 病理)」에서 외감의 한사가 육부의 삼양경(三陽經)을 통해 침입하면 양맥(陽脈)이 성(盛)하고 양기가 태성(太盛)하다고 설

명한 내용에서 찾아볼 수 있다. 그러므로 그는 대변불리 또는 소변불리가 주증(主症)인 관(關)을 공하(攻下) 또는 삼리(滲利)로 치료였다.<sup>93)</sup> 또한 그는 『의학입문』 「잡치부(雜治賦)」에서 “정기(正氣)가 사람에게 있는 상황에서 양을 표(表), 음을 이(裏)라고 하는 것은 상고(上古)의 명언이고, 사기(邪氣)가 사람을 해치는 관점으로 따지면 표(表)를 음사(陰邪), 즉 한사(寒邪), 이(裏)를 양사(陽邪), 즉 전경(傳經)한 열사(熱邪)로 보는 것은 장중경(張仲景)의 묘결(妙訣)이다.”<sup>94)</sup>라고 설명함으로써 표(表)에 침입하는 사기의 성질은 한(寒)임을 지적하였다.

『의학입문』에서 관격과 열격(噎膈)의 치료가 조금 다르다고 하였는데, 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

열격(噎膈)의 섭식 장애는 유형의 담(痰)이 기(氣)의 승강(升降)을 방해하는 상태이고 관격의 섭식 장애는 위(胃)의 ‘기(氣)’ 자체가 막혀서 승강이 불가능한 상태므로, 열격(噎膈)은 기의 승강을 막는 유형의 담(痰)을 토출(吐出)하게 치료하나 관격은 기 자체의 문제이기 때문에 이진탕(二陳湯)에 목통(木通)을 더하여 사용하되 반드시 담(痰)을 토출하게 할 필요가 없다고<sup>95)</sup> 설명하였다. 또한 관격에서 중기(中氣)가 허한 경우는 보중익기탕(補中益氣湯)에 빈랑(檳榔)을 더하여 기기(氣機)의 승강을 돕고, 중기가 허하면서 담(痰)이 많은 경우는 육군자탕(六君子湯)에서 백출(白朮)을 제거하고 백자인(柏子仁)과 사향(麝香)을 조금 넣어 사용하고, 중기의 허약이 심하여 토법(吐法), 하법(下法)이 모두 불가능한 경우는 수승화강(水升火降)을 돕는 기제환(既濟丸)을 사용한다고<sup>96)</sup> 설명하였다.

또한 『의학입문』에서 관(關)과 격(格)을 그 기준에 따라 구분할 때 구토가 나타나더라도 ‘격(格)’(雜病, 陰不上, 熱在下焦)이 아니라 ‘화역(火逆)’으로 발생한 ‘관(關)’(外感, 陽不下, 寒在胸中)으로 판단하여 대승기탕(大承氣湯)으로 공하(攻下)하여 치료해야 하는 특수한 상황이 있다고<sup>97)</sup> 설명하였는데 이는 비록 대변불리를 언급하지 않았으나 화역

90) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1571-1572. “病因內傷憂鬱失志, 及飲食淫慾, 而動脾胃肝腎之火, 或因雜病, 誤服辛香燥藥, 俱令血液衰耗, 胃脘枯槁.”

91) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1573-1574.

92) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1574-1575. “關乃陽不下, 以寒在胸中, 塞而不入. 格乃陰不上, 以熱在下焦, 窒而不出. 上下不通, 三焦撩亂, 中氣不足, 陰陽不能相榮, 故既關且格.”

93) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “經云, 少陽所至, 爲嘔湧溢食不下. 言火逆上而爲嘔吐, 非膈上所生, 獨爲關, 非格也. 大承氣湯, 下之. 若但吐而不得小便者, 胃苓湯.”

94) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:2380. “正氣在人, 陽爲表而陰爲裏, 上古名言. 邪氣害人, 表爲陰而裏爲陽, 仲景妙訣.”

95) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “關格與噎膈異. 胃中覺氣有碍, 欲升不升, 欲降不降, 欲食不食. 宜二陳湯加木通, 吐其橫格之氣, 不必在出痰也.”

96) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “中虛者, 補中益氣湯 加檳榔, 以升降之. 中虛痰盛者, 六君子湯 去朮 加柏子仁及麝少許. 虛甚, 吐利俱不得者, 既濟丸.”

97) 李梴, 『醫學入門(下)』, 서울:南山堂, 1991:1575. “經云, 少陽所至, 爲嘔湧溢食不下. 言火逆上而爲嘔吐, 非膈上所生, 獨爲關, 非格也. 大承氣湯, 下之.”

(火逆)으로 대변불리와 구토가 동반하는 상황으로 이해할 수 있다.

또한 구토와 소변불리가 동반하는 경우 일반적으로 위령탕(胃苓湯)으로 삼리(滲利)하지만, 평소 고량후미(膏梁厚味)를 즐겨 먹어서 몸에 열이 축적되어 신수(腎水)를 손상한 경우는 도리어 위령탕(胃苓湯)과 같은 삼리(滲利)하는 약물을 사용하면 안 되고 자신환(滋腎丸)으로 신수(腎水)를 보(補)한다<sup>98)</sup>는 유의점을 잘 지적하였다.

이천은 기의 승강을 방해하는 ‘유행의 원인’을 제거하는 열격(噎膈)과 달리, 관격의 치료는 ‘기 자체’의 승강을 원활하게 하는 것으로 보았다. 이를 위해 구토가 주증(主症)인 격(格)의 치료에는 음기가 상승하지 못하여 가운데에서 막힌 기를 살짝 상승시켜 통하게 하고(二陳湯加木通), 대변불리 또는 소변불리가 주증(主症)인 관(關)의 치료에는 공하(攻下)(大承氣湯)하거나 삼리(滲利)(胃苓湯)하되 신수(腎水)를 상한 경우 삼리(滲利)가 아니라 신수(腎水)를 보하고(滋腎丸), 중기(中氣)의 허약으로 관(關)과 격(格)이 동시에 나타나는 경우 중기(中氣)를 보하는 동시에 승강을 돕거나(補中益氣湯加檳榔) 담(痰)이 많으면 행기(行氣)하여 담(痰)을 제거하며(六君子湯去朮, 加栝子仁及麝少許), 중기(中氣)가 너무 허하여 토법(吐法), 하법(下法)을 사용하여 기의 승강을 원활하게 하지 못하는 경우 수승화강(水升火降)을 돕는 방법(既濟丸)을 사용하였다.

결국, 관격의 치료 핵심은 양기의 하강과 음기의 상승을 원활하게 하는 것이다. 열격(噎膈)의 경우, 허실(虛實)을 막론하고 익음양위(益陰養胃)를 위주로 치료하되 화(火)(實火, 虛火), 담(痰), 식적(食積), 칠정(七情)의 실증(實證)과 기허(氣虛), 혈허(血虛), 기혈양허(氣血兩虛)의 허증(虛證)을 변별하여 치료 방법을 선택하였으나, 관격의 경우, 『의학입문』에서 토법(吐法), 삼리법(滲利法), 하법(下法) 외에도 보신수(補腎水), 보중기(補中氣), 행기거담(行氣去痰), 수승화강(水升火降)을 이미 활용하였고, 최근에는 통부축어(通腑逐瘀), 할담개규(豁痰開竅)<sup>99)</sup>의 치료 방법이 보충되었다.

결국, 관격과 열격(噎膈)은 섭식 장애와 배설 장애가 동반한다는 점이 비슷하지만, 구체적인 증상에 차이가 있을

뿐만 아니라 섭식 장애와 배설 장애가 동반하는 상황을 치료하는 방법 역시 변별해야 함을 알 수 있다.

여기에서 주의할 점은, 비록 관격을 ‘치료’하는 방법이라고 언급하였지만, 사실은 응급의료 상황에 ‘대처’하는 방법에 해당하고, 관격이 나타나게 된 1차 질환 자체를 치료한 것이 아니라는 것이다.

관격이라는 응급의료 상황을 대처할 때 과거에 이런 약물 사용이 최선의 대책이었으나, 섭식 장애와 배설 장애를 효과적으로 개선하는 방법으로서 당시 얼마나 유효했는지 명확히 알려진 바가 없다. 다만 명대 당시 응급의료 수준은 현대의 그것과 비교할 때 현격한 차이가 있다는 점은 굳이 설명할 필요조차 없을 것이다.

그러나 현재에도 응급의료의 도움을 즉시 받지 못하는 제한적이고 특수한 상황에서 관격의 치료 방법이 필요할 수도 있을 것이며, 그 방법이 어느 정도 유효한지에 대한 검증은 여전히 필요하다고 본다. 그에 대한 부분적인 해답으로서 중국에서 관격으로 요독증<sup>100)</sup>, 신부전<sup>101)102)</sup>, 심부전<sup>103)</sup>을 치료한 증례를 발표하였고, 관격에 대한 중의진료(中醫診療)의 유효성, 안전성 조사<sup>104)</sup> 등을 예로 들 수 있다.

앞서 임상 표현(Clinical Presentations)에서 비교한 결과에 따라 『의학입문』 관격의 치료 방법은 몇 가지 특정 상황에서 응용해 볼 수 있을 것이다. 예를 들어 구토와 소변불리가 동반하는 요독증에 위령탕(胃苓湯) 또는 자신환(滋腎丸)을 사용하거나, 대변불리와 구토가 동반하는 장폐색에서 대승기탕(大承氣湯)을 사용하거나, 연하곤란으로 인해 섭식 장애가 지속되어 대변불리에 이른 경우 이진탕가목통(二陳湯加木通), 보중익기탕가빈랑(補中益氣湯加檳榔), 육군자탕거출가백자인급향소허(六君子湯去朮, 加栝子仁及麝少許), 기제환(既濟丸) 등의 사용을 응급의료의 한 가지 방법 또는 대안으로 고려할 수 있을 것이다. 마비성 장폐색(Paralytic ileus)에 메토클로프라마이드(Metoclopramide) 약물로 소장의 연동운동을 자극하여 장 기능을 향진시키고, 복부 불편감과 구역, 구토가 심하면 수액(Fluid) 처치 및 비위관(鼻胃管, Nasogastric tube)을 삽입하여 치료한다. 만약 메토클로프라마이드(Metoclopramide)를 복용해도 증상

98) 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1575. “若但吐而不得小便者, 胃苓湯. 有膏梁積熱, 損傷北方真水者, 滋腎丸, 主之, 忌用淡滲利水之藥.”  
99) 王慶俠. 「通腑逐瘀, 豁痰開竅法治療關格析理」. 天津中醫學院學報. 1998;17(2):1998-1999.  
100) 侯冠森. 「治療關格病的三期四因八證八法八方」. 甘肅中醫. 2000;3:13-15.  
101) 張煜, 王志萍. 「慢性腎功能衰竭與關格」. 河南中醫. 2000;20(1):60-61.  
102) 張笑平. 「慢性腎功能衰竭從關格論治經驗簡析」. 中醫藥學刊. 2004;22(8):1381-1386.  
103) 範建軍. 「中藥緩解慢性心衰出現關格1例」. 山西中醫. 2001;17(4):13.  
104) 劉豔華, 竇莉莉, 崔成姬, 王宏安, 王銀萍, 張守琳. 「關格中醫臨床診療指南真實世界應用效果評價及相關思考」. 中國中醫藥現代遠程教育. 2016;13:41-43.

이 호전되지 않는 경우, 통증을 조절하기 위해 투여한 약물 중에서 장마비 유발 약물을 확인하여 동일 효과의 다른 약으로 변경하는데<sup>105)</sup> 이때 大承氣湯 등의 사용을 고려할 수 있을 것이다.

## 7. 관격의 의의와 예후(百病의 關鍵)

관격이 ‘백병(百病), 즉 온갖 병증(病症)의 관건’이라는 내용은 곧 관격이 기타 개별 병증과 다른 의의가 있음을 지적한 것이다. 즉 관격을 개별 병증(病症) 중 하나로 인식한 것이 아니라, 기타 개별 병증이 극도로 악화하여 위태로운 예후를 나타내는 ‘응급의료 상황’으로 인식한 것이다.

관격을 임상 표현을 기준으로 현대 응급의료 상황과 비교하면, 배뇨곤란과 구역과 구토 또는 연하곤란이 동시에 나타나거나, 변비와 구역과 구토 또는 연하곤란(dysphagia)이 동시에 나타나는 다양한 질환에서 교감신경이 극도로 항진된 결과, 주요 생체 징후(vital sign) 중 하나인 맥박이 극도로 빠르게 뛰는 것으로 볼 수 있다. 관격에서 머리에 땀이 나면 죽는다는<sup>106)</sup> 예후 역시 교감신경의 항진과 관련한 증상 중 하나로 이해할 수 있다.

관격에서 나타나는 주요 증상은 현대의학의 관점에서 다양한 질환에서 나타나는 경고증상이 될 수 있고, 특히 생체 징후 이상은 생명 유지의 관건이다. 이와 같은 점에서 관격이 ‘백병의 관건’이라는 의의와 예후는 현대 응급의학 관점과도 상통한다.

결국, 관격이 온갖 병증의 관건이라는 설명은 이천이 관격의 의의를 정확히 파악한 것이라고 평가할 수 있다.

## IV. 결론

이상으로 관격을 임상 표현(Clinical Presentations)의 관점에서 해당 증상이 나타나는 질환과 비교하고, 이천이 관(關)과 격(格)을 외감병, 잡병 등과 같이 상반된 두 측면으로 해석한 근거와 논리를 분석하고, 『의학입문』의 치료 방법이 응급의료 측면에서 어떤 가치가 있는지 평가하여 다

음과 같은 결론을 얻었다.

관격에서 나타나는 구토, 소변불리, 대변불리는 임상 표현의 관점에서 배뇨곤란(Dysuria), 구역과 구토(Nausea and Vomiting), 연하곤란(dysphagia), 변비(Constipation)가 포함되고 설사(Diarrhea)는 포함되지 않는다. 관격과 밀접한 배뇨곤란과 관련한 대표 질환은 급성 신부전증으로 인한 요독증(uremia)이 있고, 변비, 구역·구토와 관련한 대표 질환은 종양, 협착으로 인한 장폐색이 있고, 연하곤란과 관련한 대표 질환은 만성 식도염, 식도암 등이 있다.

관격은 구토와 함께 소변불리 또는 대변불리가 동반하므로 구토, 열격(噎膈), 임증(淋證) 등 유사 증상과 감별할 필요가 있다. 관격은 섭식 장애와 배설 장애를 동반하므로 구토, 소변불리(淋證), 대변불리가 단독으로 나타나는 것과 구별된다. 열격(噎膈)은 대체로 만성이면서 초기에 치료하거나 섭생에 주의하면 예후가 양호하지만, 관격은 하루 이내에 사망할 만큼 급성이면서 종종 생명이 위태로운 상황에 이르게 되어 예후가 대부분 불량하다.

『내경』, 『의학입문』의 학설을 따르면, 배설 장애(소변불리 또는 대변불리)가 먼저 생긴 뒤 섭식 장애가 동반하는 것은 ‘관(關)’으로, 그 반대의 경우는 ‘격(格)’으로 정의한다. 다만 『내경』의 학설을 따르면 ‘관(關)’과 ‘격(格)’의 정의가 그 반대가 된다.

이천은 인영맥, 기구맥의 극성(極盛)을 매개로 『내경』에서 언급한 格(陽), 關(陰)의 진맥’과 ‘이동원의 외감, 내상의 변별’을 하나의 논리로 설명할 수 있다고 인식하고, 마침내 「六腑-外感-下竅不利-關의 종류」, 「五臟-雜病(內傷 포함)-上竅不利-格의 종류」로 확장하였다.

이천은 관격을 외감·잡병(내상 포함)의 원인에 의해 육부·오장, 기·혈에서 다양한 병증이 생기다가 점차 악화하여 심한 섭식 장애와 배설 장애가 발생하는 응급 상황이 나타나는 최종 결과로 인식하였고, 토법(吐法), 삼리법(滲利法), 하법(下法) 외에도 보신수(補腎水), 보중기(補中氣), 행기거담(行氣去痰), 수승화강(水升火降) 등의 다양한 방법으로 대처하였다. 최근 중의학에서 요독증, 신부전 등을 관격으로 진단하여 치료한 여러 사례로 추측하면, 『의학입문』의 관격과 같은 내용은 명대 당시의 의료 수준을 고려할 때, 이와 같은 응급 상황을 대처하는 데에도 유용하고 유효하

105) 메디라이브. 장마비(ileus)는 어떻게 치료할까. [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://medilive.tistory.com/157>  
네이버 지식백과. 서울대학교병원 의학정보. 장마비(Paralytic ileus). [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://terms.naver.com/entry.naver?docId=6225934&cid=51007&categoryId=51007>

106) 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1575. “凡關格, 見頭汗者, 死.”



였을 것이다.

## 감사의 글

본 연구는 한국연구재단의 “변증(辨證) 기반 진료수행평가(CPX)를 도입한 한의학 교육모델의 개발과 적용(2020R1F1A1069681)”으로 수행된 연구결과입니다.

세명대학교 한의학과 이연서, 한지수, 황두호, 김성은 학생연구원께서 연구 방향 설정과 자료 정리에 도움을 주신 것에 대해 감사드립니다.

## 참고문헌

1. 江正欽. 「木香檳榔丸治愈關格1例」. 江西中醫藥. 1990;21(1):33.
2. 강희철 역. 『의사실기 시험과 일차 진료를 위한 진단학』. 서울:대한의학서적. 2001:33, 272-273, 331, 332, 350-351.
3. 高福才, 李其林. 「鮮蘿蔔汁青皮煎劑治愈關格17例」. 甘肅中醫. 1993;6(4):33-34.
4. 喬文彪, 張景明. 「關格古今內涵解讀」. 遼寧中醫雜誌. 2007;34(10):1403-1404.
5. 譚永東. 「喻嘉言治療關格病思想探析」. 江西中醫藥. 2005;5:14.
6. 鄧小英. 「關格探微」. 新中醫. 2008;40(4):106.
7. 鄧洪. 「關格的辨證施護體會」. 江西中醫藥. 1989;3:54.
8. 劉豔華, 竇莉莉, 崔成姬, 王宏安, 王銀萍, 張守琳. 「關格中醫臨床診療指南真實世界應用效果評價及相關思考」. 中國中醫藥現代遠程教育. 2016;14(13):41-43.
9. 李文志, 李岩. 「淺談“關格”病的中醫診斷與中藥治則」. 中國實用醫藥. 2015;17.
10. 馬志茹, 武鳳華. 「淺談關格」. 中國煤炭工業醫學雜誌. 2005;8(12):1352.
11. 範建軍. 「中藥緩解慢性心衰出現關格1例」. 山西中醫. 2001;17(4):13.
12. 石哈, 楊衛彬. 「清代醫籍中“關格”論治探析」. 中國中醫基礎醫學雜誌. 2021;27(4):538-562.
13. 孫勝利. 「汗吐下三法在關格中的應用」. 四川中醫. 2002;20(11):17-18.
14. 오승윤, 이시우, 주종천. 「사상체질별 관격(關格) 치료 약물인 과두(巴豆), 감수(甘遂), 과채(瓜蒂)의 문헌 고찰」. 사상체질학회지. 2008;20(2):1-10.
15. 王佳麗, 武士鋒, 楊洪濤. 「關格病源流及其病機治法的文獻研究」. 江蘇中醫藥. 2013;10:18-19.
16. 王慶俠. 「通腑逐瘀, 豁痰開竅法治療關格析理」. 天津中醫學院學報. 1998;17(2):1998-1999.
17. 王進, 盛紅, 李友白, 鄭若曦. 「中醫藥典籍視域下“關格”的文獻淵源與文化意涵」. 中醫雜誌. 2018;59(19):1628-1632.
18. 李杲. 『內外傷辨惑論(李東垣醫學全書 中)』. 北京:中國中醫藥出版社. 2005:20.
19. 李文志, 李岩. 「淺談“關格”病的中醫診斷與中藥治則」. 中國實用醫藥. 2015;23(6):5-7.
20. 李梴 著, 진주표 譯解. 『(신대역) 편주 의학입문』. 서울:법민문화사. 2009:325.
21. 李梴. 『醫學入門(上)』. 서울:南山堂. 1991:318.
22. 李梴. 『醫學入門(下)』. 서울:南山堂. 1991:1132, 1162-1164, 1166-1167, 1528-1530, 1534-1539, 1549-1551, 1571-1575, 2374-2375, 2380.
23. 張建偉. 「對關格病“治主當緩, 治客當急”的理解」. 江蘇中醫藥. 2005;26(8):5-6.
24. 張童燕. 「關格」醫案梳理. 吉林中醫藥. 2010;30(4):337.
25. 張笑平. 「慢性腎功能衰竭從關格論治經驗簡析」. 中醫藥學刊. 2004;22(8):1381-1386.
26. 張穎, 母淑娟, 謝相智, 陳君. 「中醫療法治療關格的經驗總結」. 實用心腦肺血管病雜誌. 2017;25:215-216.
27. 장우창. 「『難經』의 關格 인식」. 대한한의학원전학회지. 2011;24(6):15-28.
28. 張煜, 王志萍. 「慢性腎功能衰竭與關格」. 河南中醫. 2000;20(1):60-61.
29. 迪麗努爾·吐爾洪, 「舒占鈞」. 運用腎衰方治療關格的經驗. 時珍國醫國藥. 2012;23(10):2644-2645.
30. 全國韓醫科大學 原典學教室 編. 『難經』. 서울:法仁文化社. 2010:22, 61, 98.
31. 鄭思思, 劉國韻, 石雨. 「『黃帝內經太素』“關格”含義試析」. 西部中醫藥. 2021;34(3):62-65.
32. 趙豔, 孫曉光, 彭建中. 「汪逢春治關格醫案二則賞析」. 2011;12(4):31-33.
33. 조학준. 「『內經』과 『難經』의 關格의 모순에 대한 研究

- 『證治準繩』, 『景岳全書』, 『醫學入門』 등을 중심으로 -」.  
대한한의학원전학회지. 2007;20(1):49-64.
34. 朱鵬舉. 「『黃帝內經』“關格”名義源流考略」. 環球中醫藥. 2013; 6(4):258-259.
  35. 陳謙峰, 謝斌. 「關格的源流及病機探微」. 光明中醫. 2018; 33(1):20-22.
  36. 陳犁, 蘇克勇. 「關格治驗1例」. 山西中醫. 1995;5:28-29.
  37. 陳怡瑾, 馮蕙裳, 張晨, 林瑾如, 薑曉媛, 黃斌. 「『醫門法律』之論關格」. 中國中醫藥現代遠程教育. 2017;15(2):64-74.
  38. 馮蕙裳, 陳怡瑾, 薑曉媛, 張晨, 林瑾如, 黃斌. 「喻嘉言治療關格思想探究」. 四川中醫. 2015;8.
  39. 哈孝賢, 哈小博. 「關格芻議及治驗1則」. 上海中醫藥雜誌. 2008;42(4):6-7.
  40. 洪元植. 「精校黃帝內經素問」. 서울:東洋醫學研究院. 1985: 37, 231.
  41. 洪元植. 「精校黃帝內經靈樞」. 서울:東洋醫學研究院. 1985: 79-83, 115.
  42. 侯冠森. 治療關格病的三期四因八證八法八方. 甘肅中醫. 2000;3:13-15.
  43. 네이버 지식백과. 관격. 한의학대사전. 한의학대사전 편찬위원회. 도서출판 정담. 2001. [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://terms.naver.com/entry.naver?docId=2329244&cid=58505&categoryId=58527>
  44. 네이버 지식백과. 두산백과. 연하곤란(dysphagia). [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://terms.naver.com/entry.naver?docId=1207816&cid=40942&categoryId=32774>
  45. 네이버 지식백과. 서울대학교병원 의학정보. 장마비(Paralytic ileus). [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://terms.naver.com/entry.naver?docId=6225934&cid=51007&categoryId=51007>
  46. 메디라이브. 장마비(ileus)는 어떻게 치료할까. [cited on April 11, 2022]: Available from: <https://medilive.tistory.com/157>
  47. 약학정보원. 손사막(孫思邈) [cited on April 11, 2022]: Available from: [https://www.health.kr/researchInfo/herbalMedicine4\\_detail.asp?idx=374](https://www.health.kr/researchInfo/herbalMedicine4_detail.asp?idx=374)