

痞證 治法の 變遷으로 살펴본 枳實의 活用

¹釜山대학교 韓醫學專門大學院 韓醫學科 韓醫務碩士過程 大學院生

²釜山대학교 韓醫學專門大學院 人文社會醫學教室 助教授

姜智友¹ · 辛相元^{2*}

Application of Zhishi(Poncirus fructus) as Examined in the Changes in Pi Pattern(痞證) Treatments

Kang Ji-woo¹ · Shin Sang-won^{2*}

¹Graduate Student at Pusan National University School of Korean Medicine

²Assistant professor Dept. of Humanities & Social Medicine, School of Korean
Medicine, Pusan National University

Objectives : To determine the background against which Zhishi has been applied to treat Pi pattern, through examination of changes in Pi pattern treatments in a historical context.

Methods : The properties and nature of Zhishi as written in multiple bencao texts were analyzed. In addition, understanding of the Pi pattern, the changes in its treatment were examined diachronically based on opinions of Zhang Zhongjing, Zhugong, and Li Dongyuan. Examples of Zhishi application in Pi pattern treating formulas were collected and their mechanisms analyzed.

Results : Zhishi is strongly effective in relieving accumulation and stagnation, due to its properties of dispersing and lowering. The early view of contrasting Pi with Jiexiong shifted to viewing the Pi pattern as an inner damage, from the perspective of rising and lowering of the Qi mechanism based on the Spleen and Stomach. As a result, Zhishi became a key ingredient in the treatment of the Pi pattern.

Conclusions : As the perspective of seeing Pi as one end of the Yin-Yang coupling with Jiexiong from the *Shanghanlun* shifted to seeing it as a problem of Qi mechanism of the Spleen and Stomach, Zhishi became a key ingredient in the formulas to treat Pi pattern. The complexity of Zhishi's direction made it appropriate to treat the changed Pi pattern.

Key words : Zhishi(枳實), Pi(痞), Jiexiong(結胸), Jichul-hwan(枳朮丸), Food Damage(飲食傷)

* Corresponding Author : Shin Sang-won.

Dept. of Humanities & Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University, 49, Busandaehak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan-si, Gyungsangnam-do, 50612, Republic of Korea.

Tel : +82-51-510-8452, E-mail : shinsangwon@pusan.ac.kr

저자는 본 논문의 내용과 관련하여 그 어떠한 이해상충도 없다.

Received(July 25, 2023), Revised(July 31, 2023), Accepted(July 31, 2023)

Copyright © The Society of Korean Medical Classics. All rights reserved.

© This is an Open-Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 序論

현대에 정립된 本草의 효능은 오랜 시간 임상에서의 효용이 축적된 지식의 총체이다. 일부 藥物은 특정 病證에 대한 수많은 증례에서 높은 활용도를 보이는 경우가 존재하는데, 이러한 藥物은 이른바 ‘특효약’으로서의 지위를 가지기도 한다.

枳實과 痞證의 관계도 이와 마찬가지로이다. 痞證은 곧 痞滿을 주 증상으로 호소하는 病證으로, 상복부가 막혀서 답답하고 그득하지만, 만저도 형체와 통증이 없는 경우를 말하며, 현대인들에게 만연한 기능성 소화불량, 만성위염 등을 포함한다.¹⁾ 枳實은 痞를 제거하는 藥으로 활용되었는데, 『東醫寶鑑』〈痞證治法〉의 첫 마디에서 “心下痞에 반드시 炒한 枳實과 黃連을 사용하라.”²⁾고 명시한 것과 張元素의 “枳實이 아니면, 痞를 사그라들게 할 수 없다.”³⁾라는 언급에서 枳實이 痞의 치료에 최우선으로 고려되어야 하는 핵심적인 藥物임이 드러난다.

하지만 枳實과 痞, 즉 本草와 病證의 긴밀한 연관관은 오히려 藥物의 작용에 대한 인식을 단편화, 관념화시켜버리는 문제를 야기한다. 本草의 작용은 方劑 속에서 이루어지는데, 本草의 효능을 곧 病證의 해결로 이해하려다 보면 病證과 方劑에 대한 사고는 생략되기 쉬우며, 자칫 단일 藥物로 해당 病證을 모두 다스릴 수 있다는 오해로 귀결될 위험이 있다.⁴⁾

“枳實은 消痞하기 위해 반드시 필요하다.”는 명제는 『傷寒論』에서의 痞證에 대한 개념과도 충돌한다. 『傷寒論』에서는 痞證에 瀉心湯을 활용하였지만, 5種의 瀉心湯 모두 枳實을 활용하지는 않았다. 하지만 藥物에 대한 단편화된 인식으로는 이와 같은 개념 사이의 충돌을 논리적으로 해결해 줄 수 없다. 따라서 痞證에 과연 枳實을 활용해야만 하는 상황은 언제이며, 枳實을 활용하기 위해서는 어떤 처방을

선택할 것인가에 대해 답을 찾아야 한다. 그러한 사고 과정을 생략하고 處方을 사용한다면, 제대로 된 치료 효과를 기대하기 어렵다.

따라서, 本草의 효능을 제대로 이해하고 활용하기 위해서는 藥物의 藥性에 대한 섬세한 분석을 통해 藥物이 인체에서 어떻게 작용하는가에 대한 이해가 바탕이 되어야 한다. 또한 本草가 활용되어 온 사례를 의학사적인 맥락을 따라 살펴보고, 이를 통해 本草가 특정 病證을 치료하기 위해 도입된 배경을 이해하는 과정이 필요하다. 枳實이 『傷寒論』에서 활용되지 않은 까닭을 알기 위해서는, 『傷寒論』에서 痞證에 대해 어떻게 인식하였는가에 대한 이해가 바탕이 되어야 한다. 그리고, 痞證 처방에 枳實을 활용한 醫書나 醫家들을 추적하여 그들의 인식은 『傷寒論』에서 어떻게 변화하였으며, 어떠한 문제의식에 의해 枳實을 활용하고자 하였는지를 살펴보는 과정을 가지고자 한다. 이러한 연구 과정을 거친다면 痞證 치료에서 枳實이 어떻게 작용하는지에 대해 섬세하게 이해할 수 있을 것이며, 임상에서 痞證을 치료하는 과정에서도 더욱 분명한 통찰을 줄 수 있을 것이다.

지금까지 枳實의 藥성과 效能에 대한 문헌 연구는 국내에서 이루어진 바가 없으며, 특히 痞證에 대한 病理的 觀點의 變遷 過程과 枳實의 藥性 사이의 관련성을 살펴본 연구는 없다. 痞證 治法의 變遷에 대한 문헌적 연구를 살펴보면, 이봉우 등은⁵⁾ 痞에 대한 역대 문헌의 내용을 개괄적으로 정리하였고, 조학준은⁶⁾ 『醫學入門』에서 인용한 내용을 토대로 痞病의 病因, 病機, 症狀, 診斷, 治療에 대해 통시적으로 분석, 고찰하였다. 하지만 痞에 대한 인식의 변화를 藥物 활용의 變遷과 연계하여 분석한 연구는 아직 이루어지지 못한 것으로 보인다. 한편 박수현⁷⁾은 『東醫壽世保元』 少陰人 病證論 條文에 대한 분석

1) 전국한의학대학교 비계내과학교실, 脾胃內科學. 과주. 군자출판사. 2008. p.87.

2) 許浚 原著, 李南九 懸吐註釋, 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법인문화사. 2011. p.569. “心下痞, 須用枳實炒黃連.”

3) 盛增秀 主編, 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.30. “潔古又云, 非白朮不能去濕, 非枳實不能消痞.”

4) 이러한 문제는 여러 本草에서 나타날 수 있다. 茵蔯蒿의 治黃疸, 滑石의 斂瘡, 常山の 截瘧 등에 대해서도 추후 연구가 필요하다.

5) 이봉우, 김병탁. 痞證의 개념(概念)과 병인(病因), 병기(病機) 및 치법(治法)에 관한 문헌적(文獻的) 고찰(考察). 해화 의학회지. 1992. 1(2). pp.49-60.

6) 조학준. 『醫學入門』에 반영된 痞病의 發展過程. 대한한의학 원전학회지. 2011. 24(5). pp.131-145.

7) 박수현. 『東醫壽世保元』 少陰人 病證論 條文에 대한 考察. 경희대학교대학원 박사학위논문. 2014. 서울. pp.1-349.

중 『傷寒論』에서 논한 結胸과 痞의 경계가 『東醫寶鑑』에 이르러서는 무너졌음을 논의한 바 있는데, 이는 『傷寒論』의 痞證에 대한 인식이 後代로 가서는 변화를 겪었다는 것을 밝혀 본 연구의 綴納를 제공하였다.

이에 본 연구에서는 우선 각종 本草書에서 수록된 枳實의 藥性과 效能에 대해 조사하며, 특히 痞와 연관성이 있는 언급에 대해 중점적으로 살펴보고자 한다. 이를 위해 역대 本草書에서 枳實에 대해 서술한 내용을 한의학 고문헌 데이터베이스인 ‘한의학고전DB’⁸⁾와 ‘中醫笈成’⁹⁾에서 검색하였으며, 그 중 痞를 언급한 부분을 중심으로 분석하였다. 중복되는 내용은 제외하였고, 枳實에 대한 새로운 견해가 돋보이거나 유의미한 서술이 있는 『證類本草』, 『珍珠囊藥性賦』, 『湯液本草』, 『本草綱目』, 『神農本草經疏』, 『本經疏證』, 『本草述鉤元』의 저술을 중심으로 논하고자 한다.¹⁰⁾ 그 다음으로, 痞證에 대한 認識과 治法の 방향성이 어떻게 변화하였으며, 어떠한 문제의식에 의해 治法の 변화가 나타나게 되었는지 확인하기 위해 張仲景의 『傷寒論』, 『金匱要略』과 痞證에 枳實을 활용한 處方이 존재하는 朱肱의 『類證活人書』(이하 『活人書』), 李東垣의 『東垣試效方』과 『內外傷辨惑論』 등의 저술을 중심으로 痞證에 대한 認識, 病因病機, 治法과 治方에 대해 시대적인 맥락을 따라 살펴 보며, 특히 痞證에 枳實을 활용한 예들에 대해 중점적으로 분석하여 최종적으로는 痞의 治療에서의 枳實의 역할에 대해 고찰하고자 한다.

이를 통해 痞證의 인식에 대한 의학사적 맥락을 토대로 痞證에 대한 認識의 저변을 넓히고자 하며, 枳實이 痞를 除한다는 소박한 해석을 넘어 痞의 치료에 있어서 枳實이 작용하는 역할이 무엇인지에 대해 소상하게 다루고자 한다.

II. 本論

1. 枳實의 藥性 및 痞證 치료와 관련된 역대 本草書의 설명

『證類本草』「枳實」

“枳實, 味苦, (酸), 寒。(微寒, 無毒). 主治大風在皮膚中, 如麻豆苦癢, 除寒熱結, 止痢. 長肌肉, 利五臟, 益氣, 輕身。(除胸脅痰癖, 逐停水, 破結實, 消脹滿, 心下急, 痞痛, 逆氣, 脅風痛, 安胃氣, 止澹泄, 明目.)”¹¹⁾¹²⁾

“臣禹錫等謹按藥性論云, 枳實, 臣, 味苦, 辛. 解傷寒結胸, 入陷胸湯用. 主上氣喘咳, 腎內傷冷, 陰痿而有氣, 加而用之.”¹³⁾

『證類本草』에 수록된 『神農本草經』 본문에서는 皮膚 속으로 大風이 들어와 麻豆 같은 것이 생겨 몹시 가려운 것을 다스리며, 寒熱이 結한 것을 없애고, 痢疾이 그치게 한다고 하였다. 『名醫別錄』에서는 枳實이 胸脇部의 痰癖을 제거하고, 停水를 몰아내며, 맺혀있는 것을 깨뜨리고 脹滿한 것을 사그라들게 한다고 하였으며, 心下部가 당기는 것과 막혀서 아픈 것, 氣가 거슬러 오르는 것, 옆구리가 風으로 인해 아픈 것을 제거한다고 하였다. 痰癖에 대해 『本草思辨錄』은 水氣가 腸胃에 이르러 머무르다 水穀과 합쳐지게 되어 스며들지도, 내려가지도 않고 단단히 고정된 것이라 하였다.¹⁴⁾ 즉, 枳實은 인체 내부의 積滯를 제거하며 心下部에서 脇部에 이르기까지 腹部의 痛症을 사라지게 한다고 보았다.

『證類本草』에서 인용한 掌禹錫 按語의 『藥性論』 내용에서는 枳實이 傷寒結胸을 치료한다고 하였다. 『傷寒論』에서는 大陷胸湯, 大陷胸丸, 小陷胸湯 등으

11) 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011. pp.423-424.

12) 괄호는 『名醫別錄』의 내용을 표시한 것이다.

13) 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011. p.424.

14) 周岩. 本草思辨錄. 本草四家合集. 太原. 山西科學技術出版社. 2010. p.374. “故別錄於胸脅曰除痰癖, 不曰除痰飲. 水者柔物亦動物. 然水至於停, 則與腸胃之水穀相比爲奸, 而非可以滲之利之者. 故別錄於除胸脅痰癖下, 又繼之以逐停水而不隸於胸脅. 蓋即堅滿之在腸胃, 有需於枳實者矣.”

8) <https://www.medicclassics.kr>

9) <https://jicheng.tw/tcm/book>

10) 직접적으로 痞證에 대한 효능을 적시한 것이 아니라도 破氣, 水積, 積滯, 結實, 宿食 등 痞의 발생기전과 관련이 있다면 내용에 포함하였다.

로 結胸을 다스린다고 하였는데, 이들 處方에서는 枳實을 활용한 바가 없다. 따라서 陷胸湯에 枳實을 넣었다는 내용은 『傷寒論』 이후 『藥性論』에서 나타나는 독특한 활용법으로 보인다. 또한 흉통의 치료에 枳實 單方을 사용한다는 부분이 있는 것¹⁵⁾¹⁶⁾으로 볼 때, 胸部에 맺혀있는 듯한 감각과 痛症이 있는 경우 枳實을 사용하였다는 것을 알 수 있다.

『珍珠囊藥性賦』 「枳實」

“枳實，味苦酸，性微寒，無毒，沈也，陰也。其用有四，消胸中之虛痞，逐心下之停水，化日久之稠痰，削年深之堅積。”¹⁷⁾

『珍珠囊藥性賦』에서는 枳實의 升降浮沈에 대하여 沈이라 밝혔다. 그리고 枳實의 쓰임새로 胸中の 虛痞를 사그라들게 하는 것과 停水, 稠痰, 堅積을 제거하는 것을 말하였다. 心下部의 停水가 오래되면 稠痰이 되고, 더욱 시간이 지나면 堅積이 되는데, 水氣가 시간이 지나면서 점차 고착화되지만 枳實은 停水에서 堅積에 이르기까지 이들을 모두 제거하는 효능이 있다고 본 것이다.

『湯液本草』 「枳實」

“枳實，氣寒，味苦酸鹹，純陽，無毒。”

《象》云，除寒熱，破結實，消痰癖，治心下痞，逆氣脅痛，麩炒用。《心》云，潔古用去脾經積血，故能去心下痞。脾無積血，則心下不痞。治心下痞，散氣，消宿食。苦寒炙用，破水積，以泄裏除氣。《珍》云，去胃中濕。”¹⁸⁾

性味로 苦, 酸味와 함께 鹹味를 언급하였다. 枳實이 破結實하는 데에 軟堅의 의미가 내포되어 있다고도 본 것이다.

『用藥心法』(《心》)에서 인용된 바에 따르면 張元素는 脾經의 積血을 제거하기 위해 枳實을 사용하였으며, 이로써 心下痞를 제거할 수 있다고 하였다. 그리고 結滯된 氣를 흠어주고 宿食을 제거한다고 하였다.

또한 『珍珠囊』(《珍》)에서 인용된 것으로 밝힌 내용에서는¹⁹⁾, 胃中の 濕을 제거할 수 있다고도 하였다. 이러한 내용들을 종합해 볼 때, 枳實은 비단 阻滯된 氣를 흠어줄 뿐만 아니라, 積血, 宿食, 水積 등이 積滯된 것을 제거하는 데에 효과가 있으므로 氣에서부터 有形의 積滯까지 작용하는 대상이 광범위하다는 것을 알 수 있다.

『本草綱目』 「枳」

“〔氣味〕苦，寒，無毒。別錄曰，酸，微寒。普曰，神農，苦，雷公，酸，無毒，李當之，大寒，權曰，辛，苦。元素曰，性寒味苦，氣厚味薄，浮而升，微降，陰中陽也。杲曰，沉也，陰也。”

“震亨曰，枳實瀉痰，能冲牆倒壁，滑竅破氣之藥也。元素曰，心下痞及宿食不消，並宜枳實，黃連。杲曰，以蜜炙用，則破水積以泄氣，除內熱。”²⁰⁾

枳實이 氣厚味薄하다는 張元素의 말을 인용한 부분을 살펴볼 필요가 있다. 『黃帝內經素問』 「陰陽應象大論」에서는 氣厚는 陽으로서 發熱하고, 味薄은 陰中之陽으로서 通하는 기능과 관련이 있다고 하였다.²¹⁾

『醫學啓源』에서는 味가 薄한 것을 風升生과 연관시켜 보았다.²²⁾ 風升生은 곧 下焦 陰分으로 들어가

15) 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011. p.424. “葛洪治卒胸痹痛, 單用枳實一物. 搗末方寸匕, 日三夜一.”
16) 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011. p.424. “濟眾方, 治傷寒後, 卒胸膈閉痛. 枳實一味銼, 麩炒黃爲末, 服二錢, 米飲調下. 一日二服.”
17) 李杲. 珍珠囊藥性賦. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.1054.
18) 盛增秀 主編. 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.51.

19) 실제 『珍珠囊』에서는 해당 문장을 찾을 수 없었다.
20) 李時珍 編著. 張守康, 張向群, 王國辰, 王洪濤 主校. 本草綱目. 北京. 中國中醫藥出版社. 1999. p.884.
21) 郭霽春 主編. 黃帝內經素問校注(上). 北京. 人民衛生出版社. 1992. p.76. “味厚者爲陰, 薄爲陰之陽. 氣厚者爲陽, 薄爲陽之陰. 味厚則泄, 薄則通. 氣薄則發泄, 厚則發熱.”
22) 張元素 著. 金容辰, 趙學俊 編譯. 醫學啓源. 대전. 주민출판사. 2003. p.192. “風升生, 味之薄者, 陰中之陽, 味薄則通, 酸苦鹹平, 是也.”

鬱遏되어 있는 陽氣를 이끌어 다시 陽分으로 升發시키는 작용과 관련이 있다.²³⁾²⁴⁾ 따라서 “浮而升. 微降”이라는 방향성은 분명 枳實에게 鬱滯를 疏散시켜서 위로 上升시키는 작용이 降하는 작용과 함께 있음을 의미한다.

『本草綱目』에서 枳實의 氣味에 대해 정리한 부분을 보면, 苦寒하다는 점이 공통으로 서술되어 있으면서 추가로 酸味, 辛味를 언급하고 있다. 辛味는 흠어주는 작용으로²⁵⁾, 대부분의 理氣藥은 辛味를 갖고 있어 發散하고 行滯한다.²⁶⁾ 따라서 辛味는 枳實의 하강하는 성질과는 또 다른 방향성이 있음을 의미한다.

枳實의 效能에 대해서는 朱震亨, 李東垣, 張元素의 말을 인용하여 枳實이 痰을 제거하고, 水積을 깨뜨리며 소화되지 않는 宿食을 해결한다고 하였다. 朱震亨은 枳實이 痰을 瀉하는 능력은 담장을 뚫고 벽을 무너뜨릴 만큼 강하다고 표현하면서, ‘九竅를 매끄럽게 하고 氣를 破하는 약’이라고 하였다. 李東垣도 枳實이 水積을 깨뜨려 氣를 泄하고 人體 內部の 熱을 제거한다고 하였다. 이와 같은 의견들을 참고할 때, 枳實은 氣의 運行을 방해하는 요소를 제거하여 氣의 흐름이 停滯되어 있는 것을 풀어주고 이에 따라 이차적으로 발생한 內熱 등을 함께 해결할 수 있다고 본 것임을 알 수 있다.

『神農本草經疏』 「枳實」

“其《別錄》所主除胸脅痰癖. 逐停水. 破結實. 消脹滿. 心下急痞痛. 逆氣脅風痛. 安胃氣. 止泄瀉者. 是

其本分內事. 皆足陽明, 太陰受病. 二經氣滯則不能運化精微, 而痰癖, 停水, 結實, 脹滿所自來矣. 胃之上口名曰賁門. 賁門與心相連. 胃氣壅則心下亦自急痞痛, 邪塞中焦, 則升降不舒而氣上逆. 肝木鬱于地下, 則不能條達而脇痛, 得其破散沖走之力, 則諸證悉除.”

“此藥性專消導, 破氣損真. 觀朱震亨云, 瀉痰有沖牆倒壁之力, 其爲勇悍之氣可知. 凡中氣虛弱, 勞倦傷脾, 以爲痞滿者, 當用補中益氣湯. 補其不足則痞自除, 此法所當忌也.”²⁷⁾

『神農本草經疏』는 『名醫別錄』(《別錄》)에서 枳實이 痰癖, 停水, 結實, 脹滿을 다스린다고 한 것을 足陽明胃經과 足太陰脾經의 氣가 滯하여 水穀精微를 運化시키지 못할 때 나타나는 病理的 產物을 제거한다는 의미로 해석하였다. 痞痛이 생기는 원인은 胃氣가 막힌 것이라고 보았으며, 邪氣가 中焦에 막혀 氣機의 升降이 원활하지 못하고 上逆하게 되는 것을 肝鬱과 연결 지으면서 條達이 능히 이루어지지 못하면 脇痛으로 이어진다고 하였다. 枳實은 中焦가 邪氣에 의해 막힌 것을 깨뜨리고 흠는 힘이 있기 때문에, 痞痛과 함께 脇痛까지 다스린다고 보았다. 즉, 枳實의 작용 대상뿐만 아니라 작용 부위도 胸腹部에서 兩脇部까지로 광범위하게 본 것이다.

한편으로는 枳實은 오로지 消導하는 약이며, 그 성질이 勇悍하다고 강조하면서 中氣가 허약하여 생긴 痞滿에는 枳實을 사용해서는 안 된다고 보았다.

『本經疏證』 「枳實·厚朴」

“利五臟之義云何. 脾胃主行穀氣於五臟, 五臟稟穀氣而後能周流無滯, 脾胃滯則五臟皆滯, 滯於中則痞痛脹滿, 滯於旁則痰癖停水, 腸胃通則脾氣宣穀氣行, 此枳實所以有除胸脅痰癖, 脅風痛, 逐停水, 破結實, 消脹滿, 心下急痞痛之功也.”

“藉此又可見古人治病, 每因勢利導, 不加逆折, 腹滿者其機橫溢, 故用厚朴, 隨橫溢以泄其滿. 中堅者其機根固, 故用枳實隨根固而泄其堅, 一橫一直之間,

23) 신상원. 李東垣의 風藥 活用法에 대한 고찰. 대한한의학 원전학회지. 2018. 31(4). p.8.

24) 이치림 味薄, 陰中之陽의 특징을 가지고 있어 陰分の 陽氣를 陽分으로 升發시키는 약물을 두고 風藥이라 일컫는다. 하지만 枳實은 『醫學啓源』에서 ‘燥降收’의 범주에 속하는 약이며, 하강하는 방향이 주가 되기 때문에 엄밀한 의미에서 風藥이라고 볼 수는 없다. 다만 枳實은 이러한 風藥의 속성을 일부 내재하고 있음이 ‘味薄’, ‘陰中陽’에서 드러난다고 볼 수 있다. (신상원. 李東垣의 風藥 活用法에 대한 고찰. 대한한의학원전학회지, 2018. 31(4). p.14.)

25) 郭霽春 主編. 黃帝內經素問校注(上). 北京. 人民衛生出版社. 1992. p.328. “辛散”

26) 全國韓醫科大學 本草學共同教材 編纂委員會 編著. 本草學. 서울. 永林社. 2016. pp.389-390.

27) 繆希雍 著. 鄭金生 校注. 神農本草經疏. 北京. 中醫古籍出版社. 2002. p.498.

即枳朴至理之所在矣.”²⁸⁾

『本經疏證』은 『神農本草經』에서 枳實이 五臟을 이롭게 한다고 한 것에 대해, 脾胃가 滯하면 五臟 모두 滯하게 되므로, 腸胃를 통하게 하여 穀氣 또한 잘 行할 수 있도록 하면 五臟 모두 穀氣를 받아 두루 흐를 수 있다고 하였다. 脾胃가 滯하는 것이 복부 중앙의 痞痛脹滿과 兩脇部의 痰澀停水로 이어진다고 보았다.

苦酸味는 涌泄하고, 性이 寒하므로 본래 下行하는 성질이 있으며, 왕성하게 하강하는 계절적 속성을 타고 陰으로 나아가간다고 보았다.²⁹⁾ 적취가 완고하게 뿌리내려 中堅한 경우 枳實은 그 견고함을 따라 단단한 것을 泄한다고 하였다. 이는 그 세력을 따라서 [因勢] 순조롭게 인도하는 [利導] 방식을 지키는 것으로, 아래로 내려가는 힘이 가로막혀 있을 때 ‘一直’하는 방향의 결을 따라 풀어준다는 의미가 있음을 알 수 있다. 그리고 厚朴과의 비교를 통해, 枳實은 內部를 다스림에 치우쳐있고, 오로지 實證만을 다스릴 수 있으며, 氣分뿐만 아니라 血分까지 겸한다고 하였다.³⁰⁾

『本草述鉤元』 「枳」

“枳凡熱邪結於濕土之分。非此不能決泄之，故詳枳實所治。皆就陰結以爲消泄者，第經曰有形而不痛者，其陰完而陽傷之也。無形而痛者，其陽完而陰傷之也。然則有痞而堅大。乃陰邪有以結陽，受病在陽也，宜健陽。如仲景枳實白朮之治，用枳實所以助陽之健也。有痞而痛急，乃陽邪有以結陰，受病在陰也，宜清陰。如潔古黃連枳實之治，用枳實所以助陰之清也。審此則枳實雖入陰分，而邪之分陰陽者，又當從而消息之矣。”³¹⁾

『本草述鉤元』에서는 枳實의 하강하는 氣가 맹렬하고 빠르기에 濕土之分에 熱邪가 結하여 내려보내지 못할 때 枳實을 사용할 수 있다고 하였다. 만약 陽分이 傷하면 無形而痛하고 痞而堅大하고, 반대로 陰分이 傷하여 結하게 되면 有形而不痛하고 痞而痛急하게 되는데, 枳實은 양쪽 경우 모두에 사용할 수 있다고 하였다. 陰邪에 의해 陽이 結한 경우는 白朮과 짝이 되어 健陽하고, 陽邪에 의해 陰이 結한 경우는 黃連과 짝이 되어 清陰한다. 즉, 枳實은 陰分과 陽分의 病 모두에 활용할 수 있는 약물로서, 健陽과 清陰을 모두 할 수 있는 가능성을 내포하고 있다고 본 것이다.

이상으로 고찰한 문헌들의 내용을 종합하면, 枳實은 다음과 같은 특징을 가진다.

첫째, 枳實은 하강하는 성질이 강하다. 그러므로 實邪가 있을 때만 사용하여야 하며, 氣血을 不問하고 壅塞을 야기하는 邪를 제거한다. 李東垣은 枳實이 水氣가 오래되어 堅積이 된 것 또한 깎아 없앤다고 하였으며, 朱震亨은 枳實이 痰을 瀉하는 능력은 담장을 뚫고 벽을 무너뜨릴 만큼 강하다고 하였다. 이를 두고 『神農本草經疏』에서는 枳實의 성질이 勇悍하므로 破氣損眞한다고 강조하며 中氣가 虛弱한 경우에는 사용할 수 없고, 邪氣가 맺혀 있는 경우에만 사용한다고 하였다.³²⁾

한편으로는 이처럼 강한 藥力을 지녔기 때문에 枳實은 氣가 結한 것 뿐만 아니라 血分까지 겸하여 다스릴 수 있다.³³⁾ 이는 枳實과 枳殼을 비교하는 부분에서 드러난다. 枳殼은 枳實과 同一種으로, 效能과 主治 또한 유사한 측면이 있다.³⁴⁾ 『本草衍義』에서는 “枳實과 枳殼은 같은 것이나, 枳實은 아직 과

28) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. p.193, 203.

29) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. p.195. “劉潛江云, 枳實味苦而辛, 苦多辛少, 苦中又含酸意. 夫苦酸涌洩, 其氣又寒, 且結於降令, 故本下行之性, 乘降令之旺, 以就陰, 最烈而速.”

30) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. p.203. “厚朴兼能治虛, 枳實惟能治實, 既言之詳矣. 若夫厚朴始終只在氣分, 枳實卻能兼入血分.”

31) 楊時泰. 本草述鉤元. [cited at 24 Jul 2023]; Available from: <https://jicheng.tw/tcm/book/%E6%9C%AC%E8%8D%89%E8%BF%B0%E9%89%A4%E5%85%83/index.html>

32) 繆希雍 著. 鄭金生 校注. 神農本草經疏. 北京. 中醫古籍出版社. 2002. p.499. “此藥性專消導, 破氣損眞, 觀朱震亨云, 瀉痰有冲牆倒壁之力, 其爲勇悍之氣可知. 凡中氣虛弱, 勞倦傷脾, 以爲痞滿者, 當用補中益氣湯, 補其不足則痞自除, 此法所當忌也.”

33) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. p.203. “若夫厚朴始終只在氣分, 枳實卻能兼入血分.”

34) 문성일, 이상인. 枳實, 枳殼의 基原에 關한 研究. 대한본초학회지(본초분과학회지). 1986. 1(0). p.20.

실이 덜 머물어 크기가 작으며 藥性이 세고 빠른 반면, 枳殼은 藥性이 비교적 완만하다.”³⁵⁾고 하여 藥性的 輕重의 차이만 있을 뿐이라 하였다. 藥性的 강도 차이는 藥物 작용의 차이로 이어지는데, 『湯液本草』에서 “穀主高而實主下. 高者主氣, 下者主血. 主氣者. 在胸膈. 主血者, 在心腹.”라 하여 藥性이 가볍고 완만한 枳殼은 胸膈部를 다스리며 主氣하고, 藥性이 보다 강력한 枳實은 心腹 부위를 다스리고 主血한다고 하였다.

이를 두고 『本草述鉤元』에서는 氣의 陰分이 傷하게 되면 結實이 단단히 고정되어버린 것을 깨뜨려야 하지만, 枳殼은 辛味가 강하여 無形之物을 흠어줄 뿐 무너뜨리고 길을 터주는[潰決] 功은 가지지 못하였다고 보았다. 반면 枳實의 性은 烈하고 速하여 氣病이 血分까지 과급되어 생긴 結實을 降泄시킬 수 있는 능력을 갖추었다고 하였다.³⁶⁾ 즉, 枳殼은 성질이 비교적 완만하여 오로지 氣分만을 다스리고, 枳實은 강하게 潰破시킬 수 있는 힘을 갖추어 血分까지 작용이 미친다. 張元素는 心下痞를 다스림에 있어 脾經積血을 去하기 위해 枳實을 사용했다고 하였으므로³⁷⁾ 이처럼 枳實의 血分을 다스리는 작용은痞의 치료와 연관성이 깊은 것으로 보인다.

둘째, 흠어주고 풀어주는 성질을 겸한다. 枳實은 下降하는 속성이 있지만, 한편으로는 枳實이 ‘浮而升’하며 辛味를 지닌다는 것을 통해 鬱滯를 疎散시키는 특성이 있음을 확인하였다. 『神農本草經』에서 枳實의 主治로 “피부 속에 大風이 있어 麻豆 같은

것이 생기고 몹시 가려운 증상을 다스린다.”라고 한 것³⁸⁾ 또한 枳實의 發散작용이 있음을 의미한다.

따라서 枳實이 積滯를 해결한다는 것은 단순히 積滯를 하강시켜 내려보내는 것만으로 볼 수 없다. 『名醫別錄』에서 枳實의 작용 중 ‘破結實’이 있는데, 이를 『本草衍義』에서는 ‘疎通決泄’으로 풀어 썼다.³⁹⁾ 즉, 結滯된 물질을 내려보내기에 앞서 트이게 하여 壅塞된 것을 통하도록 하는 작용이 이루어짐을 뜻한다.

『名醫別錄』에서 枳實이 脇痛을 다스린다고 한 것 또한 枳實의 疏散하는 작용이 肝의 울체를 풀어주는 것으로 해석할 수 있다. 脾胃의 壅塞으로 升降作用이 원활하지 않으면 肝木이 鬱滯되어 條達를 능히 하지 못하게 되어 脇痛이 생기는데, 枳實의 깨뜨리면서 흠어주는 작용이 兩脇의 통증을 해결한다고 보았다.⁴⁰⁾

따라서 枳實은 降泄시키는 작용과 疏通시켜 풀어주는 성질을 함께 지니는, 복합적인 방향성을 갖춘 약물이다. 枳實이 積滯를 내려보내는 작용은 散決하면서도 下降시킬 수 있기에 그 능력이 탁월하다. 枳實이 脾胃經의 積滯를 해결하여 脾胃의 運化作用을 회복시키는 작용은 여기에 기인한다. 枳實은 脾胃經으로 入하는데,⁴¹⁾ 脾胃는 氣機升降의 中樞로서 運化作用을 주관한다. 따라서 脾胃의 氣滯는 곧 전신의 氣의 운행을 失常케 하며 血의 推動과 津液의 輸布에도 영향을 주어 痰飲積聚의 생성을 야기한다.⁴²⁾

35) 寇宗奭. 本草衍義(卷三). 北京. 北京圖書館出版社. 2006. p.20. “枳實, 枳殼一物也. 小則其性酷而速, 大則其性詳而緩.”

36) 楊時泰. 本草述鉤元. [cited at 24 Jul 2023]; Available from:

<https://jicheng.tw/tcm/book/%E6%9C%AC%E8%8D%89%E8%BF%B0%E9%89%A4%E5%85%83/index.html> 『本草述鉤元』 「枳」 “然壅塞有輕重, 雖總是氣病, 卻有陰陽之不同. 如因氣以及於血, 則氣之陰者傷, 而病乎結實, 不止病於網縊無形之陽也. 枳實性烈而速, 一往直前. 凡網縊之氣不能詳緩以散, 而結實著手之處, 乃能決之潰之. 枳殼性稍緩, 辛味稍多, 故能從統氣之肺, 於網縊無形而疏利之, 不以潰決爲功也. 此一物而分氣血之義, 細釋乎此.”

37) 盛增秀 主編. 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.51. “《心》云, 潔古用去脾經積血, 故能去心下痞. 脾無積血, 則心下痞. 治心下痞, 散氣, 消宿食.”

38) 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011. p.423. “主大風在皮膚中, 如麻豆苦癢.”

39) 寇宗奭. 本草衍義(卷三). 北京. 北京圖書館出版社. 2006. pp.20-21. “枳實, 枳殼一物也. 小則其性酷而速, 大則其性詳而緩. 故張仲景治傷寒食猝之病, 承氣湯中用枳實, 此其意也. 皆取其疏通決泄, 破結實之義.”

40) 繆希雍 著. 鄭金生 校注. 神農本草經疏. 北京. 中醫古籍出版社. 2002. p.498. “胃氣壅則心下亦自急痞痛, 邪塞中焦, 則升降不舒而氣上逆. 肝木鬱于地下, 則不能條達而脇痛, 得其破散沖走之力, 則諸證悉除.”

41) 黃宮繡. 本草求真. 北京. 人民衛生出版社. 1987. p.197. “枳實, 專入脾胃.”

42) 繆希雍 著. 鄭金生 校注. 神農本草經疏. 北京. 中醫古籍出版社. 2002. p.498. “其《別錄》所主除胸脅痰癖, 逐停水, 破結實, 消脹滿, 心下急痞痛, 逆氣脅風痛, 安胃氣, 止泄瀉者, 是其本分內事, 皆足陽明, 太陰受病. 二經氣滯則不能運

그러므로 枳實이 脾胃의 積滯를 내려보내 脾胃의 運化作用을 회복하면 一切의 積聚를 해결할 수 있다.

2. 痞證에 대한 認識과 治法の 變遷

1) 『黃帝內經』에서 나타나는 痞의 淵源

痞의 개념은 『黃帝內經』에서 根源한다.⁴³⁾ 『五常政大論』에서 土의 類로 ‘其病否’를 언급하였다.⁴⁴⁾ 그리고 土運이 不及하게 되었을 때 나타나는 병으로 留滿否塞을 꼽았다.⁴⁵⁾ 이는 土氣가 不達해진 틈을 타 木氣가 乘하게 된 결과이다.⁴⁶⁾ 『六元正紀大論』에서는 太陰所至하면 積飲否隔이 된다고 하여, 太陰濕土의 병으로서 積飲否隔을 제시하였다. 이와 같이 『黃帝內經』의 ‘否’는 병증으로서의 개념이 존재하며, 土에 배속되어 가로막히는 象을 의미하고 있다. 하지만 『內經』에서는 痞의 症狀, 豫候, 治法 등을論한 바가 없어 독립된 病證으로 의미를 지녔다고 보기 어렵다.

2) 『傷寒論』에서의 痞에 대한 논의

(1) 증상을 기준으로 한 痞와 結胸의 대립적 제시
痞證의 개념과 診斷 및 治法이 張仲景의 『傷寒論』에 이르러서 정립되기 시작하였다. 『傷寒論』은 外感傷寒에 의해 痞가 나타날 수 있음을 제시하였다.⁴⁷⁾ 또한 張仲景은 痞의 病因病機, 症狀, 診斷, 豫候 등을 『傷寒論』에 서술하여 病證으로서의 痞에 대한 개념을 확립하였다.

痞의 病因病機에 대해서는 “病發於陽，而反下之，

熱入因作結胸，病發於陰，而反下之，因作痞也.”⁴⁸⁾라 하여 傷寒에 汗法을 써야 마땅한데 오히려 下法을 사용하면 結胸 또는 痞가 생긴다고 하였다. 結胸과 痞는 ‘잘못된 下法의 사용’이라는 病因을 공유하고 있는데, 誤下 이전에 ‘病發於陽’과 ‘病發於陰’으로 病機에 陰陽의 차이를 두었다. 그러나 陰陽의 의미에 대해서는 명확하게 제시된 바가 없고 후세의 醫家들이 각자의 관점에 따라 다양한 해석을 두고 있다.⁴⁹⁾

한편, 痞와 結胸의 陰陽論的 대비는 증상을 통해서도 나타나 心腹部의 腹診을 통해 結胸과 痞를 감별하였다. 痞와 結胸은 모두 風寒邪가 裏部로 入하는 과정에서 胸部에 邪氣가 結하여 나타나는 病證이다. 따라서 腹證은 胸腹部의 結滯된 양상을 파악하기 위한 가장 직관적이고 실증적인 지표이다. 『傷寒論』은 “若心下滿而硬痛者，此爲結胸也，大陷胸湯主之。但滿而不痛者，此爲痞，柴胡不中與之，宜半夏瀉心湯。”이라 하여 結胸은 心下部가 그득하면서 만지면 단단하고 아픈 반면, 痞는 단지 그득하지만 할 뿐 통증이 없다고 하였다.⁵⁰⁾ 이는 結滯의 樣相에 따른 것이다. 痞證 환자의 心下部를 눌러보면 부드러운데, 이는 단지 氣가 막힌 것일 뿐이기 때문이라 하였다.⁵¹⁾ 반대로 結胸은 表部에서 轉移된 邪氣가 평소 지니고 있던 水飲과 결합되어 흉부에 結聚된 것이기 때문에 복진 시 단단한 것이 느껴진다.⁵²⁾ 특히 大結胸은 結滯된 정도가 심해 눌렀을 때 마치 돌처럼 단단하다.⁵³⁾

따라서 痞와 結胸은 症狀를 통해 虛實의 대비가 이루어짐을 알 수 있다. 有形之物이 강력하게 結聚

化精微，而痰癰，停水，結實，脹滿所自來矣.”

43) 조학근. 『醫學入門』에 반영된 痞病의 發展過程. 대한한의학회지. 2011. 24(5). p.132.

44) 郭霽春 主編. 黃帝內經素問校注(下). 北京. 人民衛生出版社. 1992. p.909. “備化之紀，氣協天休，德流四政，五化齊修，其氣平，其性順，其用高下，其化豐滿，其類土，……其病否.”

45) 郭霽春 主編. 黃帝內經素問校注(下). 北京. 人民衛生出版社. 1992. pp.918-919. “卑監之紀，是謂減化，化氣不令，生政獨彰，……其病留滿痞塞，從木化也.”

46) 高士宗 著. 于天星 按. 黃帝素問直解. 北京. 科學技術文獻出版社. 2001. p.535. “其病留滿否塞，土氣不達也. 留滿否塞，以及飄怒振發，乃土氣不及，從木化而然也.”

47) 조학근. 『醫學入門』에 반영된 痞病의 發展過程. 대한한의학회지. 2011. 24(5). p.132.

48) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.283.

49) 蔡仁植 著. 傷寒論譯註. 서울. 高文社. 1975. p.104.

50) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.296.

51) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.319. “脉浮而緊，而復下之，緊反入裏，則作痞，按之自濡，但氣痞耳.”

52) 정종안, 전상운, 김성진, 홍석, 정수미, 한홍준. 結胸의 병인병리에 대한 문헌적 고찰. 동의생리병리학회지. 2006. 20(6). p.1443.

53) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.291. “傷寒六七日，結胸熱實，脈沈而緊，心下痛，按之石硬者，大陷胸湯主之.”

되어 있는 結胸은 實證에 해당한다. 상대적으로 痞는 結滯가 복부 표면으로 드러나지 않고, 痛症이 없는 것으로 보아 완전한 不通의 단계에 도달하지 않았으므로 結胸에 비해 虛證에 가까운 것으로 인식되었다.

痞와 結胸의 증상의 차이는 治法の 차이로 이어진다. ‘滿而硬痛’한 경우에는 大陷胸湯을, ‘滿而不痛’한 경우에는 半夏瀉心湯을 제시하였다. 大陷胸湯은 강력한 瀉下작용으로 내려보내기 위한 治方인 반면 瀉心湯은 氣가 가로막힌 것을 和解시키는 治方이다.⁵⁴⁾ 『傷寒明理論』은 陷胸湯과 半夏瀉心湯을 비교하여 ‘分解之劑’와 ‘直達之劑’로 그 차이를 설명하였다. 『傷寒明理論』은 痞를 陰陽이 서로 相濟하지 못하고 대치하는 상황에서 고착화되어버린 상황으로 보았다. 따라서 半夏瀉心湯은 苦味로 泄하여 降陽而升陰하고, 辛味로 散하여 分陰而行陽하고, 甘味로 和中시켜 水升火降을 이루게 하는 것으로 그 작용을 설명하였다.⁵⁵⁾ 즉, 陰陽이 錯雜되어 제 기능을 하지 못하는 상황에 陰陽을 나누어 풀어준다는 의미로 瀉心湯을 ‘分解之劑’라 한 것이다. 반면 結胸은 邪氣와 陽氣가 단단히 結滯되어 分解하는 방식으로는 透達할 수 없기 때문에 甘遂의 直達之氣로 破結시켜서 막힌 것을 통하게 하는 大陷胸湯을 두고 ‘直達之劑’⁵⁶⁾라 하였다.

따라서 『傷寒論』은 증상을 통한 虛實의 辨證을

54) 한의학재학 공동교재 편찬위원회 編著. 韓醫方劑學. 파주. 군자출판사. 2020. pp.272-273.

55) 成無己 著. 張國駿 校注. 傷寒明理論. 北京. 中國中醫藥出版社. 2007. pp.75-76. “否而不分爲痞, 瀉心湯爲分解之劑, 所以謂之瀉心者. …… 黃芩味苦寒, 內經曰, 苦先入心, 以苦泄之, 瀉心者, 必以苦爲主. 是以黃連爲君, 黃芩爲臣, 以降陽而升陰也. 半夏味辛溫, 乾薑味辛熱, 內經曰, 辛走氣, 辛以散之. 散痞者必以辛爲助, 故以半夏乾薑爲佐, 以分陰而行陽也. 甘草味甘平, 大棗味甘溫, 人參味甘溫. 陰陽不交曰痞, 上下不通爲滿. 欲通上下, 交陰陽, 必和其中. 所謂中者, 脾胃是也. 脾不足者, 以甘補之. 故人參甘草大棗爲使, 以補脾而和中. 中氣得和, 上下得通. 陰陽得位, 水升火降, 則痞消熱已, 而大汗解矣.”

56) 成無己 著. 張國駿 校注. 傷寒明理論. 北京. 中國中醫藥出版社. 2007. pp.74-75. “結胸, 由邪在胸中. 處身之高分, 邪結於是, 宜若可汗. 然所謂結者, 若繫結之結, 不能分解者也. 諸陽受提於胸中, 邪氣與陽氣相結, 不能分解. …… 雖曰泄熱, 而甘遂又若夫問之. 遂直達之氣, 陷胸破結, 非直達者不能透, 是以甘遂爲君.”

바탕으로 하여 ‘心胸部의 結滯를 흠어서 풀어주는 방식’과 ‘깨뜨려서 아래로 내려보내는 방식’으로 痞와 結胸의 治法の 방향성을 구분하였다. 이처럼 痞와 結胸을 陰陽으로 구분 짓는 관점은 病機에서부터 診斷, 治法으로 일관되게 유지되었다.

(2) 腹證으로 痞와 結胸을 감별하기 모호한 ‘心下痞硬’의 영역

그러나 腹證만으로는 虛實의 감별이 모호한 漸移地帶가 존재한다. 일례로 生薑瀉心湯證⁵⁷⁾과 甘草瀉心湯證⁵⁸⁾은 瀉했을 때 心下部가 痞硬하다고 하였다. ‘痞硬’이라는 표현은 개념 상 이질적으로 느껴질 수 있다. 結胸과 痞를 증후적으로 감별할 수 있는 기준으로 ‘心下滿而硬痛’과 ‘滿而不痛’을 제시하고 있어 痞는 心下部가 硬하지 않은 것이라 보았기 때문이다.

生薑瀉心湯證의 病機로 痞硬의 의미를 추론한다면, 本 證은 水氣가 胃中에 머무르고 있다.⁵⁹⁾ 따라서 단순히 氣가 막혀 心下部를 瀉했을 때 무른 것⁶⁰⁾과 달리 腹部의 水飲으로 피부가 팽팽하게 긴장되어있는 상태라고 볼 수 있다. 그 외에도 ‘心下痞硬’, ‘心下痞硬滿(痞硬而滿)’이라는 표현이 다수 존재한다.

“太陽與少陽併病, 頭項強痛, 或眩暈, 時如結胸, 心下痞硬者, 當刺大椎第一間, 肺俞, 肝俞, 慎不可發汗, 發汗則譫語, 脉弦, 五日譫語不止, 當刺期門.(141條)”⁶¹⁾

57) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.328. “傷寒汗出解之後, 胃中不和, 心下痞硬, 乾噦食臭, 腸下有水氣, 腹中雷鳴, 下利者, 生薑瀉心湯主之.”

58) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.330. “傷寒中風, 醫反下之, 其人下利日數十行, 穀不化, 腹中雷鳴, 心下痞硬而滿, 乾嘔, 心煩不得安. 醫見心下痞, 謂病不盡, 復下之, 其痞益甚, 此非結熱, 但以胃中虛, 客氣上逆, 故使硬也. 甘草瀉心湯主之.”

59) 조원준. 瀉心湯證에 대한 柯琴의 병리관. 동의생리병리학회지. 2009. 23(4). p.776.

60) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.319. “脉浮而緊, 而復下之, 緊反入裏, 則作痞, 按之自濡, 但氣痞耳.”

61) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.

“太陽中風，下利，嘔逆，表解者，乃可攻之。其人
熱汗出，發作有時。頭痛，心下痞硬滿，引脇下痛，
乾嘔，短氣，汗出不惡寒者，此表解裏未和也，十棗湯
主之。(152條)”⁶²⁾

“傷寒汗出，解之後，胃中不和，心下痞硬，乾噦食
臭，脇下有水氣，腹中雷鳴，下利者，生薑瀉心湯主
之。(157條)”⁶³⁾

“傷寒中風，醫反下之，其人下利日數十行，穀不
化，腹中雷鳴，心下痞硬而滿，乾嘔，心煩不得安。醫
見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚。此非結熱，
但以胃中虛，客氣上逆，故使硬也，甘草瀉心湯主
之。(158條)”⁶⁴⁾

“傷寒，服湯藥，下利不止，心下痞硬，服瀉心湯已。
復以他藥下之，利不止，醫以理中與之，利益甚。理中
者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹餘糧湯主之。復不
止者，當利其小便。(159條)”⁶⁵⁾

“傷寒吐下後，發汗，虛煩，脈甚微，八九日心下痞
硬，脇下痛，氣上衝咽喉，眩冒，經脈動惕者，久而成
痿。(160條)”⁶⁶⁾

“傷寒發汗，若吐，若下，解後，心下痞硬，噦氣不
除者，旋復代赭湯主之。(161條)”⁶⁷⁾

“太陽病，外證未除，而數下之，遂協熱而利，利下
不止，心下痞硬，表裏不解者，桂枝人參湯主
之。(163條)”⁶⁸⁾

『傷寒論』「辨太陽病脈證并治下」

해당 조문의 증상과 제시된 처방을 살펴보면,

2011. p.302.
62) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.320.
63) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.328.
64) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.330.
65) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.333.
66) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.335.
67) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.337.
68) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.339.

증상의 양상이 서로 상이하고 사용하는 치법이나 처
방도 다양하다. 하지만 모두 結胸證에 비해 비교적
輕한 것으로 보인다. 따라서 ‘心下痞硬’이 의미하는
복진의 양상은痞의 ‘눌렀을 때 부드러운 느낌[按之
自濡]⁶⁹⁾과 大結胸의 ‘눌렀을 때 들처럼 딱딱한 느
낌[按之石硬]⁷⁰⁾ 사이의 중간지대를 포괄하는 표현
임을 알 수 있다.痞硬의 영역 중 生薑瀉心湯證과
甘草瀉心湯證은 단연痞證의 범주에 속한다.甘草瀉
心湯證에 대해서는心下痞에 거듭下法을 사용해痞
가 심해졌으며, 이는胃中虛로 인한客氣上逆의 문
제이기에半夏瀉心湯에서甘草의 양을 증가시켜痞
를 다스렸다. 반면 동일하게心下痞硬滿임에도十棗
湯證은水氣가 강하게 결취되어 있으므로 맹렬한甘
遂의 약성을 활용하여水結을 내려보내야 한다. 따
라서, ‘心下痞硬’은虛證과實證 모두에서 나타날 수
있는腹證의樣相이다.

즉,心腹部의水氣,煩悶 등 여러 요인이夾雜되
면서腹證만으로는虛實을 판단하기 까다로운 복잡
한 경우를 두고心下痞硬이라 묘사하였음을 알 수
있다.張仲景은 이들을 구분하기 위해腹證 이외의
症狀들을 종합하여辨證하였고 이에 따라 알맞은治
法을 강구하였다.

종합하자면,張仲景은誤下 이후心腹部에서 발
생한隔氣를陰陽虛實의兩端으로 구분하여結胸과
痞의 개념을 세웠다.結胸과痞를症狀에 근거하여
陷胸湯 또는瀉心湯으로 나누어 치료하는 방식은 임
상적으로 효용성을 지니면서胸腹部의阻塞을 변증
하는 하나의典範으로 자리매김하는 데 성공하였다.
하지만 후대의醫家들이『傷寒論』의 법을 운용하는
과정에서腹診으로虛實을鑑別하기에 모호한地帶
를 맞닥뜨리게 되었고, 이를辨證하여治法을 정하
는 과정에서 많은 혼란이 야기되었다.

69) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.319. “脈浮而緊，而復下之，緊反入裏，則作痞，按
之自濡，但氣痞耳.”
70) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사.
2011. p.291. “傷寒六七日，結胸熱實，脈沈而緊，心下痛，
按之石硬者，大陷胸湯主之.”

3) 『金匱要略』에서 나타나는 痞證과 枳實의 활용

『金匱要略』에서 痞를 언급한 부분은 「胸痺心痛短氣病脈證治 第九」⁷¹⁾72), 「腹滿寒疝宿食病脈證治 第十」⁷³⁾, 「痰飲咳嗽病脈證并治 第十二」⁷⁴⁾75), 「嘔吐噎下利病脈證治 第十七」⁷⁶⁾, 「瘡癰腸癰淫淫病脈并治 第十八」⁷⁷⁾, 「婦人雜病脈證并治 第二十二」⁷⁸⁾에서 散在해 있다. 이들은 모두 氣機升降이 정상적으로 이루어지지 못하는 상황을 다루고 있다. 다만 痞를 야기하는 요인이 다양하게 제시되고 있으며, 治法 면에서 일관된 바는 없다. 痞證의 위치가 心下部가 아닌 경우도 있어⁷⁹⁾ 『金匱要略』에서의 ‘痞’는 阻滯되어 가로막힌 것과 같은 症狀에 대해 폭넓게 사용된 용어임을 알 수 있다.

한편, 「胸痺心痛短氣病脈證治 第九」에서 心中痞를 언급한 부분이 나타나는데, 이때 제시한 처방인 枳實薤白桂枝湯과 桂枝生薑枳實湯은 모두 枳實이 포

함되어 있다.

“胸痺心中痞留氣 氣結在胸 胸滿 脅下逆搶心 枳實薤白桂枝湯主之 人蔘湯亦主之.”⁸⁰⁾

“心中痞 諸逆 心懸痛 桂枝生薑枳實湯主之.”⁸¹⁾

『金匱要略』 「胸痺心痛短氣病脈證治 第九」

胸痺는 胸陽이 不振하여 陰邪가 胸中에 停聚하게 됨으로 인해 胸背痛과 短氣 등이 나타나는 病으로⁸²⁾ 胸痺의 전형적인 증후에는 栝蒌와 薤白을 배 오하는 栝蒌薤白酒湯이 主藥이 된다.⁸³⁾ 한편, 胸痺가 心中痞를 겸하게 되었을 때는 栝蒌와 薤白에 枳實, 厚朴, 桂枝를 가하였다. 만약 胸痺의 症을 갖추지 않고 心中痞가 주 증상이 되면 栝蒌와 薤白을 쓰지 않고 桂枝, 枳實, 生薑으로 된 桂枝生薑枳實湯을 사용한다. 따라서 心中痞를 다스릴 때는 胸痺와 用藥을 달리 하였음을 알 수 있으며, 心中痞를 다스리기 위한 藥으로 枳實이 대두되었음을 알 수 있다.

한편, 후대에 이르러서는 胸痺와 胸痞는 그 의미의 경계가 희미해져 胸痺 또한 넓은 범위에서 痞의 一種으로 인식되어 온 측면이 있다.⁸⁴⁾ 『金匱要略』의 胸痺는 上焦의 陽이 허약한 틈을 타고 陰邪가 胸部로 올라와서 치받는 것이라면, 痞는 陰陽이 서로 교착하고 있는 상황으로 病機의 차이가 존재한다. 그럼에도 불구하고, “痺者痞閉而不通也.”⁸⁵⁾, “心中痞氣, 氣結在胸, 正胸痺之病狀也.”⁸⁶⁾라 하여 『金匱要略』 註釋書에서도 痞와 痺의 차이에 대해 의미를 크

71) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.223. “胸痺心中痞, 留氣氣結在胸, 胸滿, 脅下逆搶心, 枳實薤白桂枝湯主之, 人蔘湯亦主之.”
72) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.230. “心中痞, 諸逆心懸痛, 桂枝生薑枳實湯主之.”
73) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.243. “夫瘦人繞臍痛, 必有風冷, 穀氣不行, 而反下之, 其氣必衝, 不衝者, 心下則痞也.”
74) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.316 “膈間支飲, 其人喘滿, 心下痞堅, 面色黧黑, 其脈沈緊, 得之數日, 醫吐下之不愈, 木防己湯主之. 虛者即愈, 實者三日復發, 復與不愈者, 宜木防己湯去石膏加茯苓芒硝湯主之.”
75) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.325. “卒嘔吐, 心下痞, 膈間有水, 眩暈者, 小半夏加茯苓湯主之.”
76) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.463. “嘔而腸鳴, 心下痞者, 半夏瀉心湯主之.”
77) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.509. “腸癰者, 少腹腫痞, 按之即痛如淋, 小便自調, 時時發熱, 自汗出, 復惡寒, 其脈遲緊者, 癰未成, 可下之. 當有血, 脈洪數者, 膿已成, 不可下也.”
78) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.582. “婦人吐涎沫, 醫反下之, 心下即痞, 當先治其吐涎沫, 小清龍湯主之. 涎沫止, 乃治痞, 瀉心湯主之.”
79) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.509. “腸癰者, 少腹腫痞, 按之即痛如淋, 小便自調, 時時發熱, 自汗出, 復惡寒, 其脈遲緊者, 癰未成, 可下之. 當有血, 脈洪數者, 膿已成, 不可下也.”

80) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.223.
81) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.230.
82) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.220.
83) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.235.
84) 조병일. 『金匱要略-奔豚氣病과 胸痺心痛短氣病脈證治』에 대한 研究. 대전대학교대학원 석사학위논문. 2004. 대전. p.94.
85) 周揚俊. 金匱玉函經二注. 續修四庫全書 989, 子部, 醫家類. 上海. 上海古籍出版社. 2002. p.252.
86) 吳謙 等編. 醫宗金鑑 第一分冊 訂正仲景全書, 傷寒論注, 金匱要略注. 北京. 人民衛生出版社. 1987. p.528.

게 두지 않는 모습이 드러난다. 더 나아가 『東醫寶鑑』에서는 『金匱要略』의 胸痺에 대한 내용 중 일부를 ‘胸痞痛’으로 서술하여 痺를痞痛로 바꾸어 썼다.⁸⁷⁾

이처럼 『金匱要略』 「胸痺心痛短氣病脈證治 第九」에서는痞에 枳實을 활용한 처방들이 있었음을 확인하였다. 더 나아가 胸痺가 후대에 이르러서는痞證의 범위 내로 포괄되었기에 胸痺 및 心中痞에서의 枳實의 활용 또한痞證에 대한 枳實의 활용과 연관성을 지닌다.

한편 「水氣病脈證并治 第十四」에서 “心下堅大如盤，邊如旋盤，水飲所作，枳朮湯主之。”라 하여 水氣가 心下部에 쌓여 단단한 형체를 이루게 된 것을 枳朮湯이 다스린다고 하였다.⁸⁸⁾ 枳朮湯은 枳實과 白朮로 구성되어 있다. 『本經疏證』은 脾氣가 濡滯되어 胃에서 받은 精微를 빠르게 소화하지 못해 위로 올려보내지 못하고 가슴 속에 머무르며, 이것이 오랫동안 쌓여 形을 이룬 것으로 그 病機를 해석하였다.⁸⁹⁾ 張仲景은 枳朮湯證을 두고痞라고 지칭하지는 않았다. 하지만 脾氣의 濡滯로 인해 心下部에 滯證이 생겼다는 점에서痞와 유사한 측면이 있다. 이를 두고 張元素는 『金匱要略』의 枳朮湯을 응용하여 枳朮丸을 創方해痞를 다스렸다.⁹⁰⁾ 따라서 中焦의 水氣의 문제인 枳朮湯證 또한痞證에 관한 枳實의 활용과 관련이 있다고 볼 수 있다.

4) 『活人書』에서의痞에 대한 논의

朱肱은 『活人書』에서 傷寒論에 대해 상세하게 해석하였으며, 『千金方』, 『外臺秘要』, 『太平聖惠方』 등

의 醫書에서 處方들을 채택하여 치료 방법을 구체적으로 보충하였다.⁹¹⁾ 그러므로 『活人書』에서 方藥을 운용하는 방식을 통해 晉唐代宋代에 이르러 변화한痞證에 대한 認識과 治法을 확인할 수 있다.

『活人書』 75問에서 結胸을 다루었으며, 뒤이어 76問에서痞를 다루었다. 이처럼 結胸과痞를 병렬적으로 배치하여證을 비교하는 구성은 結胸과痞를 대별적으로 바라보는 『傷寒論』의 관점을 반영한 것이다.

(1) 崔行功 치험례를 통해 나타나는 結胸과痞에 대한 새로운 認識

하지만 『活人書』는 『傷寒論』의 治方을 踏襲하지 않고 새로운 내용을 추가하였다. 崔行功이 結胸에 枳實理中丸을 사용한 治驗例가 대표적이다.

“西晉崔行功云，傷寒，結胸，欲絕心膈高起，手不得近，用大陷胸湯，皆不差者，此是下後虛，逆氣已不理，而毒復上攻，氣毒相薄，結於胸中。當用枳實理中圓，先理其氣，次療諸疾。古今用之，如神應手而愈。”⁹²⁾

“枳實理中丸，治傷寒結胸欲絕，心膈高起，手不得近者，宜此治之。

茯苓 二兩，人參 二兩，枳實 十六片麩炒，白朮 二兩，乾薑 二兩炮，甘草 二兩炒

右搗羅爲細末，煉蜜爲丸，如雞子黃大，每服一丸，熱湯化下，連進二三服，胸中豁然，渴者加括樓根二兩，下利者，加牡蠣二兩下之。”⁹³⁾

『活人書』

끊어질 듯이[欲絕] 心膈이 높이 솟아 있으며 손을 댈 수도 없는 환자에게 大陷胸湯을 사용했으나 病勢는 차도가 없었다. 이에 枳實理中圓으로 먼저 기를 다스리고[理] 그다음 諸疾을 치료하였더니 효과가 神妙하였다고 하였다. 본證은 心下部에 結硬

87) 예로, 『金匱要略』의 “胸痺不得臥，心痛徹背者，栝蒌薤白半夏湯主之”가 『東醫寶鑑』에서는 “治胸痞痛不得臥，心痛徹背，黃瓜萹大者一枚，薤白三兩，半夏製四兩，并剉白酒七升煮取二升，分再服。[《綱目》]”로 바뀌었다.

88) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.400.

89) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐註. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. p.202. “枳朮湯證，緣脾氣濡滯，所受於胃之精微，不能速化以上輸，停於心中，日積月累，以至成形。”

90) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법인문화사. 2011. p.898. “本仲景方，枳朮湯也。至易老，改爲丸，名曰枳朮丸。”

91) 嚴世芸 主編. 金達鎬, 金重漢, 金勳, 李相協, 李海雄 譯. (國譯)中醫學術史. 서울. 대성의학사. 2011. pp.405-406.

92) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.76.

93) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.160.

된 정도가 심하고, 통증 또한 極烈한, 結胸 중에서도 險證이다. 처음에 大陷胸湯을 사용한 것 또한 그 증상이 심해 『傷寒論』의 結胸 처방 중 가장 藥性이 강한 大陷胸湯을 선택한 것으로 추측할 수 있다. 그러나 大陷胸湯으로는 병이 낫지 않았으며, 대신 枳實理中丸이 효험이 있었다.

“又其年時行四五日，大下後或不下，皆患心中結滿，兩脅痞塞，胸中氣急，厥逆欲絕，心胸高起，手不得近。不過二三日，輒便死歿。諸醫用瀉心湯，余用大小陷胸湯，並不得療。重思此或是下後虛逆，而氣已不理，而毒復上攻，毒氣相搏，結於胸中。縱不下者，毒已入胃，胃中不通，毒還衝上，復搏於氣，氣毒相激，故致此病。療之當先理其氣，次下諸疾。思與增損理中丸方。

人參 二兩，白朮 二兩，甘草 二兩炙，乾薑 六分炮，栝蒌根 二兩，枳實 四枚，茯苓 二兩，牡蠣 二兩熬。”⁹⁴⁾

『外臺秘要』

본래 위의 치험례는 『外臺秘要』에서 먼저 등장하였다. 『外臺秘要』에서는 崔行功이 增損理中丸을 준 것으로 기록되어 있는데, 增損理中丸은 枳實理中丸의 前身으로 구성이 사실상 같다.⁹⁵⁾ 『外臺秘要』의 내용은 『活人書』의 문장보다 추가적인 정보가 실려 있어 본 方을 이해하는 데에 도움이 된다.

諸醫들은 瀉心湯을, 崔行功은 大小陷胸湯을 사용하였다는 점에서 해당 증을痞 또는 結胸으로 판별하는 데에 異見이 있었음을 알 수 있다. 그리하여

양쪽의 治法을 동원하였지만 모두 효과가 없었다. 이에 崔行功은 病者의 상황을 氣機不利와 胃에서 上逆한 毒의 문제로 보았다. 즉, 下法으로 中焦가 虧損되어 氣가 不利해진 상황에 毒이 치고 올라와 毒과 氣가 相搏하여 맺힌 것으로 胸中의 結滯를 인식하였다. 그리고 이미 胃에 入한 毒은 胃中이 통하지 못하도록 한 뒤 다시 위로 거슬러 올라가 氣와 治받아 激하게 된다. 따라서 증상으로는 結實이 강하게 맺혀있는 險證이지만 그 원인이 脾胃의 虛弱에 있음을 알고 理中丸의 加減方인 增損理中丸을 활용하였다.

中焦의 虛弱으로 인해 발생한 胸中의 結滯를 理中湯으로 다스린다는 접근은 『金匱要略』에서도 등장한다. “胸痺心中痞，留氣結在胸，胸滿，脇下逆搶心，枳實薤白桂枝湯主之。人參湯亦主之。”라 하여 心中의痞로 기가 머물러 있으며, 흥부에 기가 맺혀 胸滿하고 험하부에도 心胸部를 향해 치밀어 오르는 상황에 人參湯을 사용하였다.⁹⁶⁾⁹⁷⁾ 위 조문에서는 동일한 病證에 대해 枳實薤白桂枝湯을 같이 제시하였는데, 枳實薤白桂枝湯은 그 作用이 破氣降逆으로 人參湯과는 虛實의 대조를 이룬다.⁹⁸⁾ 이는 곧 本虛하여 補해야 하는 경우임에도 胸腹部의 양상이 實證인 경우와 동일하게 나타날 수 있음을 의미한다.

“先理其氣，次療諸疾.”라는 말에서 드러나듯, 增損理中丸은 虛寒한 脾胃를 理中湯으로 구하여 다시 氣가 順行할 수 있도록 하였고, 그 외의 나머지 구성인 枳實, 茯苓, 栝蒌, 牡蠣는 結聚되어버린 毒과 그로 인해 이차적으로 발생한 煩渴 또는 下痢⁹⁹⁾를 다스리기 위함으로 보인다.

94) 王焘. 外臺秘要方(上). 서울. 대성문화사. 1992. p.94.

95) 增損理中丸은 人參, 白朮, 甘草, 乾薑, 栝蒌根, 枳實, 茯苓, 牡蠣로 구성되어 있다. 用法으로 “然渴者當加栝蒌, 不渴除之. 下者當加牡蠣, 不下勿用.”라고 하여 증상에 따라 栝蒌와 牡蠣를 加減하라고 하였다. 만약 不渴不痢하여 增損理中丸에서 栝蒌根과 牡蠣를 넣지 않는다면 枳實理中丸의 구성과 일치하게 된다. 반대로 『活人書』에서는 枳實理中丸의 가감법으로 “渴者加栝蒌根二兩, 下利者, 加牡蠣二兩下之.”이라 하여 상황에 맞게 栝蒌根과 牡蠣를 加할 수 있다고 하였다. 따라서 增損理中丸과 枳實理中丸은 名稱은 다르나 실질적으로 구성은 동일하며, 단지 枳實의 용량이 四枚에서 十六片으로, 乾薑의 용량이 六分에서 二兩으로 바뀌었다.

96) 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.223.

97) 人參湯은 곧 理中湯이다.

98) 吳謙 等編. 醫宗金鑑 第一分冊 訂正仲景全書, 傷寒論注, 金匱要略注. 北京. 人民衛生出版社. 1987. p.528. “若不在心下而氣結在胸, 胸滿連脇下, 氣逆撞心者實也. 實者用枳實薤白桂枝湯主之, 倍用枳, 朴者, 是以破氣降逆爲主也. 虛者用人參湯主之, 卽理中湯. 是以溫中補氣爲主也.”

99) 增損理中丸 用法에서 “然渴者當加栝蒌, 不渴除之. 下者當加牡蠣, 不下勿用.”라 하였으므로 栝蒌는 煩渴을 다스리기 위해, 牡蠣는 下利를 다스리기 위해 사용되었음을 알 수 있다. (王焘. 外臺秘要方(上). 서울. 대성문화사. 1992. p.94.)

그렇다면, 왜 瀉心湯¹⁰⁰과 陷胸湯으로는 해당 병증을 치료하지 못하였는가? 治驗例 속 患者는 통증이 극심하나 근본적으로는脾胃의 기능을 상실한 것이 문제가 되어 元氣가 위태로운 상황에 이르렀다. 大陷胸湯과 小陷胸湯으로는 本虛를 해결할 수 없다. “療之當先理其氣”라 하여 치료는 응당 理氣를 먼저 해야 한다고 강조하였으니, 理中湯과 같은 補劑로脾胃를 補하여야 氣가 다시 運行할 수 있다.

그런데, 瀉心湯으로도 위 病證을 치료하지 못하였다. 朱肱은 瀉心湯이 理中湯에 뿌리를 둔 처방이라 하였음에도 불구하고 효과를 내지 못한 것이다.¹⁰¹ 瀉心湯으로 해결하지 못한 病證을 어떻게 枳實理中丸이 해결할 수 있었는가? 그 까닭을 半夏瀉心湯과 枳實理中丸의 藥物 구성 차이에서 찾아보면, 枳實理中丸의 枳實, 白朮, 茯苓이 半夏瀉心湯에는 없으므로 瀉心湯이 위의 치험례를 해결하지 못한 이유를 枳實, 白朮, 茯苓의 작용으로 추측할 수 있다.

枳實은 단단하게 맺혀있는 結實을 깨뜨려 내려보내는 능력을 갖추었다. 위 病證은 中焦의 虧損을 기반으로 하고 있으나, 환자가 가지고 있는 내부의 邪氣가 胸中에서 이미 강하게 結滯되어 있다. 따라서 枳實理中丸의 枳實이 結滯를 풀어 내려보내 毒을 제거한다. 반면에 瀉心湯은 ‘分解之劑’로서 正氣와 邪氣가 단단히 結滯된 것을 透達시킬 수 있는 힘이 부족하다.¹⁰²

白朮과 茯苓은 水濕을 다스리는 藥이다. 中焦의 濕은 脾胃를 阻滯시키는 主要한 요인이 되며, 또 中焦의 氣가 滯하면 이차적으로 水濕이 停滯될 수 있다. 따라서 水氣가 結한 것을 다스리기 위해서는 白朮과 茯苓의 利水濕 작용을 겸한 枳實理中丸이 瀉心湯에 비해 적합하며, 위 治驗例의 病證을 해결하는데 主效했다고 추측할 수 있다.

이상으로, 增損理中丸과 그 治驗例를 통해 瀉心湯과 陷胸湯만으로는 해결할 수 없는 病證이 존재하였으며, 後代에는 이를 해결하기 위해 中焦의 氣를 補하여 理氣시키는 방식을 새롭게 고안하였다는 것을 알 수 있다.

(2) 朱肱의 痞와 結胸에 대한 認識과 治法

『活人書』에서 增損理中丸과 崔行功 치험례를 인용하였다는 것을 통해 朱肱은 結胸과 痞로 대별되는 음양론적 分治로는 해결할 수 없는 영역에 대해 주목하였음을 알 수 있다. 실제로 『活人書』에서는 結胸과 痞에 대한 『傷寒論』의 문장을 인용하면서도 痞證과 結胸의 鑑別 및 用藥에 있어서는 실용적인 입장을 취하는 朱肱의 자세가 드러난다. 痞와 結胸에 대한 朱肱의 새로운 인식에 대해 아래와 같이 요약할 수 있다.

먼저 診斷 측면에서는 痞와 結胸이 증상으로 감별하는 것이 모호함을 인정하였다. “然結胸與痞, 相似, 但以痛, 不痛, 爲異耳.”라 하여 結胸과 痞가 서로 비슷하며 단지 통증의 유무의 차이가 있을 뿐이라고 하였다.¹⁰³ 그리고 “凡痞, 服瀉心湯, 不愈, 然後, 可用陷胸丸, 下之. 不可用陷胸湯, 蓋太猛, 只用陷胸丸.”¹⁰⁴라 하여 痞로 진단하였음에도 낫지 않는 경우 陷胸丸을 사용하라고 하였는데, 정작 본 조문에서 結胸으로 진단하여 陷胸丸을 사용해야 하는 근거는 따로 언급하지 않았다. ‘凡痞’라는 표현을 염두

100) 『外臺秘要』에서는 “諸醫用瀉心湯”라 하였을 뿐 정확히 어떤 瀉心湯을 지칭하는 것인지는 명확하지 않다. 하지만 『外臺秘要』 「傷寒狐惑病方四首」에서 “仲景傷寒論狐惑之病其氣如傷寒, 嚙嚙但欲臥目瞑不得眠, 起臥不安, …… 蝕於上部其聲嘎, 蝕於下部其咽乾, 蝕於上部, 瀉心湯主之, 蝕於下部, 苦參湯淹洗之. 蝕於肛外者, 雄黃熏之. 又瀉心湯, 兼療下利不止, 心中愒愒而嘔, 腸中鳴者方. 半夏 半升洗, 黃芩三兩, 人參三兩, 乾薑三兩, 黃連一兩, 甘草四兩炙, 大棗十二枚擘.”에서 ‘瀉心湯’을 제시하였는데, 후술한 처방 구성을 보면 이는 곧 半夏瀉心湯임을 알 수 있다. 또한 통상적으로 瀉心湯은 半夏瀉心湯을 지칭하며, 生薑瀉心湯과 甘草瀉心湯은 그 구성이 半夏瀉心湯과 大同小異하다. 따라서 崔行功 치험례에서의 瀉心湯은 半夏瀉心湯으로 간주하여 본 논의를 이어가고자 한다. (王焘. 外臺秘要方(上). 서울. 대성문화사. 1992. p.87.)

101) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.77. “仲景云, 滿而不痛者, 爲痞. 柴胡不中與也, 半夏瀉心湯主之. 此湯藥味, 蓋本理中, 人參, 黃今湯方也.”

102) 成無已 著. 張國駿 校注. 傷寒明理論. 北京. 中國中醫藥

出版社. 2007. pp.74-75. “結胸, 由邪在胸中. 處身之高分, 邪結於是, 宜若可汗. 然所謂結者, 若繫結之結, 不能分解者也. 諸陽受提於胸中, 邪氣與陽氣相結, 不能分解…… 雖曰泄熱, 而甘遂又若夫間之, 遂達之氣, 陷胸破結, 非直達者不能透, 是以甘遂爲君.”

103) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.76.

104) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.78.

에 둔다면, 비록 痞로 진단하였더라도 그 證이 結胸일 가능성을 항상 내포하고 있으므로 瀉心湯으로 낫지 않으면 結胸으로 접근하여 陷胸丸을 시도해 보아야 한다는 뜻으로 위 조문을 해석함이 옳다. 이를 통해 朱肱은 증상만으로는 痞와 結胸을 명쾌하게 감별하는 것은 현실적으로 어렵다고 보았음을 알 수 있다.

그리고 治法 측면에서는 豫防의 의미와 安全性을 중시하였다. 이는 理中焦와 理氣가 중심 治法이 되고, 結胸에도 下法의 사용은 경계하는 방식으로 드러난다. 내용을 하나씩 살펴보면, “若已誤轉了, 初未成結胸者, 急頻與理中湯服, 自然解了, 更不作結胸. 蓋理中, 治中焦故也.”라 하여 만약 誤治를 한 경우 그로 인해 結胸이 형성되기 이전에 理中湯을 급히, 자주 복용시켜 中焦를 다스리도록 하였다.¹⁰⁵⁾ 理中湯의 활용은 痞에서도 나타난다. 旋覆代赭湯을 사용하기 이전에 氣虛한 자는 四逆湯을, 胃寒한 자는 理中丸을 복용하여 中焦의 虛를 補하도록 하였다.¹⁰⁶⁾ 理中湯 외에 理氣시키는 처방으로는 桔梗枳殼湯이 있다. 진단을 통해 痞證임을 알게 되면 먼저 桔梗枳殼湯을 복용하여 行氣시키고 膈膜 아래에서부터 上逆하는 氣는 내려보내도록 하였다.¹⁰⁷⁾ 한편, 朱肱은 結胸의 治法은 대개 下法임을 명시하면서도 잘못 瀉下하여 表邪를 內陷시키고 正氣를 상하게 하는 것을 경계하였다.¹⁰⁸⁾ 結胸의 증상만을 보고 陷胸湯으로 下法을 쓰면 안 되며, 반드시 脈을 확인하여 만약 浮脈이라면 下法을 쓸 수 없다고 하였다.¹⁰⁹⁾ 특히

大陷胸湯과 大陷胸丸의 甘遂가 성질이 매우 峻烈하므로, 함부로 사용하지 말 것을 강조하였다.¹¹⁰⁾ 실제로 朱肱은 大陷胸湯의 활용범위를 축소했는데, 『傷寒論』에서 水結胸에 大陷胸湯을 제시하였는데,¹¹¹⁾ 『活人書』에서는 大陷胸湯를 삭제하고 대신 小半夏加茯苓湯, 小柴胡去棗加牡蠣를 제시하였다.¹¹²⁾

정리하면, 結胸과 痞 모두 理氣 중심의 治法으로 氣가 結하는 것을 해결하는 방식을 사용하였으며, 이를 위해 理中湯을 활용하였다. 理中湯으로 허약해진 中焦를 補하여 氣機의 運行을 회복시킬 수 있다. 특히 理氣시키는 방법은 완전히 結하기 이전에 탕약을 복용하여 胸中이 結滯가 심해지지 않도록 예방하기 위해 활용되었다. 이처럼 理氣시켜 빠르게 해결하고자 하는 전략은 陰陽으로 분화된 상태를 통해 痞 또는 結胸으로 分別하고자 했던 『傷寒論』의 방식과는 달리 예방적인 부분에 초점이 맞추어져 있다. 그리고 痞와 結胸의 治法の 경계를 달리 구분 짓지 않고 공통으로 사용할 수 있는 방식인 ‘理氣’로 접근하고자 하였다는 점은 痞와 結胸을 잘못 鑑別하여 誤治하였을 때 발생할 수 있는 위험을 줄여 安全性을 높일 수 있다. 結胸에 下法을 지양한 것 또한 치료의 安全性을 중시하는 『活人書』의 관점이 드러나고 있다.

(3) 『活人書』痞證 治法에서의 枳實의 活用

朱肱은 枳實理中丸을 寒熱을 가리지 않고 結胸에 사용할 수 있는 처방으로 제시하였다.¹¹³⁾¹¹⁴⁾¹¹⁵⁾ 그

105) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.76.

106) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.78. “有旋覆代赭湯證, 其人或效逆, 氣虛者, 先服四逆湯, 胃寒者, 先服理中丸, 次服旋覆代赭湯, 爲良. 旋覆花代赭湯, 是解後心下痞證.”

107) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.77. “審知是痞, 先用桔梗枳殼湯, 尤妙. 緣桔梗枳殼, 行氣下膈, 先用之, 無不驗也. 結胸, 與, 痞, 關脈, 須皆沈.”

108) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.76. “治結胸大率當下. 仲景云下則和, 然, 脈浮, 與大, 皆不可下, 下之則死. 尙宜發汗也. 仲景云, 結胸, 脈浮者, 不可下, 只可用小陷胸湯. 大抵, 脈浮, 是尙有表證, 兼以小柴胡湯等, 先發表, 表證罷, 方用下結胸藥, 便安.”

109) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.14. “病人, 心下緊滿, 按之石硬, 而痛者, 結胸也. 結胸證, 於法當下, 雖三尺之童, 皆知用大黃, 甘遂, 陷胸湯, 下之. 然仲景云, 結

胸, 脈浮者, 不可下, 下之則死. 以此推之, 若只憑外證, 便用陷胸湯, 則誤矣.”

110) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.77. “大陷胸, 用甘遂太峻. 不可輕用. 須量虛實輕重, 不得已. 則大陷胸丸, 最穩.”

111) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.292. “傷寒十餘日, 熱結在裏, 復往來寒熱者, 與大柴胡湯. 但結胸無大熱者, 此爲水結在胸脇也. 但頭微汗出者, 大陷胸湯主之.”

112) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. pp.76-77. “有水結在胸脇間, 亦名結胸, 頭微汗出, 但結胸, 無大熱. 此水結在胸脇證, 小半夏加茯苓湯, 小柴胡去棗加牡蠣主之.”

113) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.76. “西晉崔行功云, 傷寒, 結胸, 欲絕心膈高起, 手不得近, 用大陷胸湯, 皆不差者, 此是下後虛, 逆氣已不理, 而毒復上攻, 氣毒相

와 더불어 痞證의 처방으로 枳實理中丸이 가장 좋다고 하였다.¹¹⁶⁾

朱肱이 理中湯을 結胸의 예방 목적으로 사용하였던 것과 달리, 枳實理中丸은 崔行功의 治驗例에서 엿볼 수 있듯이 結胸이 이미 많이 진행되어 險證에 이르게 된 뒤에도 效驗이 있다. 따라서 理中丸의 용도와 枳實理中丸의 용도는 분명히 다를 수 있다. 崔行功은 枳實理中丸을 두고 “먼저 그 氣를 다스리고[先理其氣], 그다음 (氣와 毒이 相薄한 것으로 과생된) 여타 모든 疴痢을 치료한다[次療諸疾].”라 설명하였으므로, 枳實理中丸은 理中湯과 같이 理氣에 작용이 머무르지 않고, ‘次療諸疾’을 兼하고 있음을 알 수 있다.

그러므로 ‘次療諸疾’은 枳實理中丸에서 理中湯의 구성이 아닌 枳實과 茯苓이 작용한 결과로 추론할 수 있다. 崔行功 治驗例에서 나타나는 枳實理中丸 병기는 胃中에서 上逆한 毒이 氣와 相薄한 것이다. 따라서 理中湯으로는 氣를 돌려주면서도 結滯된 毒을 沈降시켜야 하는 작용이 수반되어야 한다. 茯苓과 枳實 모두 그 藥性이 아래로 향하지만, 氣와 단단히 結하여버린 毒을 해결하는 것은 枳實이 主效하다.

枳實理中丸의 積滯를 내려보내는 작용은 『活人書』에서 枳實理中丸을 사용한 다른 예인 太陰證에서도 드러난다. 朱肱은 冷物에 胃氣가 상한 상태에서 寒氣가 太陰으로 直中하게 된 것을 太陰證이라 하여 內傷과 外感을 겸한 증으로 보았다.¹¹⁷⁾ 따라서 太陰

證에서는 寒邪가 裏部에 入하기 전 內傷으로 인한 積滯가 있으므로 理中湯만을 사용하지 않았다. 대신 理中湯 加青橘, 陳橘 또는 枳實理中丸, 五積散을 사용하여 積滯에 대한 치료를 겸하도록 하였다.¹¹⁸⁾

정리하면, 枳實理中丸은 陷胸湯과 瀉心湯으로서는 해결할 수 없는 부분에 대한 代案으로써 등장하였으며, 中焦를 補하여 理氣시키는 작용과 內傷으로 인해 생긴 毒이 외부의 邪氣와 함께 結滯된 것을 풀어 주며 내려주는 枳實의 작용을 함께한다. 이를 통해 朱肱은 枳實理中丸을 結胸 또는 痞로 진단한 모든 상황에서 접근할 수 있는 治方으로 삼았다.

5) 易水學派의 痞證에 대한 認識과 治法¹¹⁹⁾

(1) 枳朮丸을 創方한 張元素

張元素는 자신의 著作인 『醫學啓源』에서 痞에 대해 다뤘으나, 그 내용은 모두 劉完素의 『素問玄機原病式』을 인용한 것에 그쳤다. 대신 그가 枳朮丸을 創方하면서 方義를 설명한 내용이 후대의 문헌들에서 산발적으로 등장한다. 이를 통해 痞의 治法에 대한 張元素의 새로운 發想을 엿볼 수 있다.

張元素는 『金匱要略』의 枳朮湯을 枳朮丸으로 바꾸어¹²⁰⁾ 痞를 다스렸다. 『金匱要略』의 枳朮湯은 본래 心下部의 水氣를 다스리는 처방이었다.¹²¹⁾ 이 처방은 枳實과 白朮로 이루어져 있는데, 단단히 맺혀 있는 水氣를 泄하기 위해 枳實을 重用하였다.¹²²⁾ 반

薄, 結於胸中. 當用枳實理中圓, 先理其氣, 次療諸疾. 古今用之, 如神應手而愈.”

114) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.77. “又有寒熱二證 …… 有寒實結胸, 寒實結胸, 無熱證者, 三物白散, 枳實理中丸主之.”

115) 박수현. 『東醫壽世保元』 少陰人 病論 條文에 대한 考察. 2014. 경희대학교대학원 박사학위논문. p.171.

116) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.77. “心下滿而不痛, 此名痞也. 傷寒, 本無痞, 應身冷, 醫反下之, 遂成痞, 枳實理中丸最良.”

117) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.35. “大抵, 陰證者, 有冷物傷脾胃, 陰經受之也. 主胸膈脹滿, 面色及唇, 皆無色澤, 手足冷, 脈沈細, 少情緒, 亦不因嗜慾, 但內傷冷物, 或損動胃氣, 遂成陰證. 復投巴豆之類, 胸膈愈不快, 或吐而利, 經一二日, 遂致不救, 蓋不知寒中太陰也. 太陰者, 脾之經也.”

118) 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009. p.35. “又問萬一飲食不節, 胸膈不快, 寒中陰經, 何法以治之. 答云, 急作理中湯, 加青橘陳橘到如麻豆大, 服一二劑, 胸膈即快. 枳實理中圓, 五積散尤良.”

119) 金元四大家 모두 著書에서 痞에 대해 서술한 바 있지만, 痞證에 대한 새로운 인식과 함께 枳實을 處方에서 중요하게 활용한 것은 易水學派의 張元素와 李東垣이 始初이기 때문에 金元時代 전체를 조망하기보다는 張元素와 李東垣을 중심으로 논의를 이어가고자 하며, 劉完素와 朱震亨에 대해서는 뒤쪽에서 간략히 다루었다.

120) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법인문화사. 2011. p.898 “本仲景方, 枳朮湯也. 至易老, 改爲丸. 名曰枳朮丸.”

121) 김정범 編者. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003. p.400. “心下堅大如盤, 邊如旋盤, 水飲所作, 枳朮湯主之.”

122) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. pp.202-203. “爲虛中之實, 故縱用補中而不重,

면, 張元素는 白朮을 君藥으로 삼아 白朮의 양을 枳實의 2배로 하였다. 이는 脾胃의 濕을 해결하고 元氣를 補하는 것을 우선으로 보았기 때문이다.¹²³⁾¹²⁴⁾ 枳實에 대해서는 脾經의 積血을 제거하기 위함임을 밝히면서, 痞를 다스리기 위해서는 積血이 없어야 한다고 하였다.¹²⁵⁾ 痞와 積血의 연관성에 대한 관점은 李東垣에게도 계승되었다.

즉, 枳朮丸은 『黃帝內經』의 痞는 濕土의 病이라는 인식에서부터 짝든 것이다. 枳朮丸은 脾胃의 元氣를 補하는 것을 중심으로 두면서도 積滯를 제거하기 위해 枳實을 택하여 白朮과 함께 一補一瀉하는 짝을 만들었다.

(2) 內傷 중심으로 痞를 認識한 李東垣

① 『東垣試效方』에서 나타나는 痞證에 대한 認識과 治法

李東垣은 『東垣試效方』의 「心下痞門」에서 痞證에 대해 다루었다. 痞의 증상에 대해서는 ‘심하가 그득하나 아프지 않은 것’¹²⁶⁾이라는 『傷寒論』의 표현을 따랐지만, 痞의 病因病機에 대해서는 痞가 濕土의 病임을 밝히면서 土邪가 心下の 壅塞을 야기하여 痞가 된다는 자신의 見解를 제시하였다.¹²⁷⁾ 이러한 관점에서 張仲景의 瀉心湯 또한 心下の 土邪를 瀉하는 것으로 痞를 다스린다고 인식하였다.¹²⁸⁾

枳朮湯, 枳實用七枚, 白朮止用一兩, 且必少煎, 使其氣銳而力雄猛, 以水五升, 煮取三升, 而注之曰腹中軟, 即可見其患鞭不患滿也.”

123) 吳謙 等編. 醫宗金鑑(上冊) 刪補名醫方論. 北京. 人民衛生出版社. 2002. p.30 “李杲曰, 白朮苦甘溫, 其苦味除胃中之濕熱, 其甘溫補脾家之元氣, 多於枳實一倍.”

124) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.656. “易水張先生, 嘗戒不可用峻利食藥, 食藥下咽, 未至藥丸施化, 其標皮之力始開, 便言空快也, 所傷之物已去. 若更待一兩時辰許, 藥盡化開, 其峻利藥必有情性, 病去之後, 脾胃安得不損乎? 脾胃既損, 是真氣元氣敗壞, 促人之壽.”

125) 盛增秀 主編. 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.51. “《心》云, 潔古用去脾經積血, 故能去心下痞. 脾無積血, 則心下不痞. 治心下痞, 散氣, 消宿食.”

126) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “夫痞者, 心下滿而不痛者是也.”

127) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “太陰者, 濕土也. 主壅塞, 乃土來心下爲痞滿也.”

그리고 心下痞를 일으키는 病機를 소상히 밝혔다. 傷寒에 下法을 일찍 사용한 것¹²⁹⁾ 외에도 酒積雜病 이후 下法을 지나치게 사용한 경우¹³⁰⁾, 飲食傷에 의한 경우¹³¹⁾, 胸中이 막혀 기가 上逆한 경우¹³²⁾ 모두 痞를 야기할 수 있다고 하였다. 下法이 痞를 야기시키는 이유에 대해서는 寒邪가 내부로 傳變되면서 榮血을 상하게 하는 것¹³³⁾과 下法이 과도하여 脾胃의 水穀之陰을 손상시키는 것¹³⁴⁾으로 설명하였다.

治法에 관해서는 氣藥만을 사용해서는 안 되며 血藥을 兼해야 함을 강조하였다. 桔梗枳朮湯은 脾胃의 氣가 장차 下陷하여 邪氣가 胸中을 향해 모이려 할 때 邪氣를 흩어주어 痞를 예방할 수 있지만¹³⁵⁾, 아직 痞가 成하지 않은 때에만 사용할 수 있음을 강조하였다.¹³⁶⁾ 이미 氣가 下陷하여 痞가 成한 뒤 오직 氣藥만을 사용하면 오히려 氣가 더욱 하강하여 痞가 심해지고 中滿, 鼓脹으로 이어지게 된다.¹³⁷⁾

128) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “仲景立瀉心湯數方, 皆用黃連以瀉心下之土邪, 其效如響應桴.”

129) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “傷寒下之太早亦爲痞, 乃因寒傷其榮. 榮者, 血也. 心主血, 邪入於本故爲心下痞.”

130) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “至於酒積雜病下之太過, 亦作痞滿. 蓋下多則亡陰. 亡陰者, 謂脾胃水穀之陰亡也.”

131) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “如飲食所傷而爲痞滿者, 常內消導.”

132) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “其胸中窒塞上逆, 兀兀欲吐者, 則宜吐之. 所謂在上者, 因而越之也.”

133) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “傷寒下之太早亦爲痞, 乃因寒傷其榮. 榮者, 血也. 心主血, 邪入於本故爲心下痞.”

134) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “至於酒積雜病下之太過, 亦作痞滿, 蓋下多則亡陰. 亡陰者, 謂脾胃水穀之陰亡也.”

135) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “蓋因見錯下必成痞證, 是邪氣將陷, 而欲過胸中, 故先用以載散其邪氣, 使不至於痞, 先之一字, 預用之意也.”

136) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “故『活人書』云, 審知是痞, 先用桔梗枳朮湯, 非用此專治痞也. 蓋因見錯下必成痞證, 是邪氣將陷, 而欲過胸中, 故先用以載散其邪氣, 使不至於痞. 先之一字, 預用之意也.”

즉,痞는 陰血의 損傷에서 비롯되기 때문에 단지 氣만을 풀어주는 방식은 發病 初期에만 가능하다고 한 것이다. 따라서 脾胃의 水穀之陰이 枯渴되어痞에 이르게 된 경우는 氣가 이미 下陷하였을 뿐만 아니라 陰도 같이 傷하게 되었으니, 胃氣를 升하고 血藥으로써 다스려야 한다고 하였다.¹³⁸⁾ 한편, 飲食傷에 의한痞滿은 消導시켜야 하고,¹³⁹⁾ 胸中에서 窒塞하여 氣機가 上逆하여 나타나는痞는 그 病所가 上部에 있으므로 吐法을 사용한다고 하였다.¹⁴⁰⁾

여기서 東垣이痞를 두고 血藥으로 다스려야 한다고 하였는데, 血藥이 무엇을 지칭하였는가에 대해서는 따로 설명하지 않았다. 따라서痞의 治法으로 제시한 “升胃氣, 以血藥治之.”를 이해하기 위해서는 東垣이 血病에 대해 언급한 내용을 짚고 넘어가야 한다. 李東垣은 內傷病機를 설명함에 있어 飲食物에 상한 것은 곧 血의 病이라 하였다.¹⁴¹⁾

脾胃의 虛로 인해 生發之氣가 손상되고 營氣가 下陷하여 地中으로 잠복하게 되면 陰火가 熾盛해진다.¹⁴²⁾ 여기서 營氣가 地中으로 잠복하였다는 것은 升發하지 못하는 脾胃의 陽氣가 下陷되는 것을 의미한다.¹⁴³⁾ 脾胃不足으로 인해 水穀之氣가 상승하지 못하고 下陷되어 血이 陰火를 받게 되는 것은 東垣

이 주장한 內傷 病機의 발단이다.¹⁴⁴⁾¹⁴⁵⁾ 이는痞의 病機와 연결될 수 있다.

“夫脾胃不足, 皆爲血病, 是陽氣不足, 陰氣有餘, 故九竅不通. 諸陽氣根于陰血中, 陰血受火邪則陰盛, 陰盛則上乘陽分, 而陽道不行, 無生發升騰之氣也.”
『脾胃論』「脾胃勝衰論」¹⁴⁶⁾

이와 같이 李東垣은 脾胃의 不足이 血病을 야기하게 된다고 하였다. 陽氣의 不足으로 脾胃之氣가 下陷하여 陰血이 火邪를 받아 陰火가 熾盛해지게 되는데, 이를 두고 陰盛이라 일컬었다. 陰盛하면 有形의 물질이 쌓여 九竅가 不通하고 아울러 陽氣의 운행을 더욱이 위축시키게 해 生發升騰하는 氣가 완전히 가로막히게 된다.

따라서 『東垣試效方』에서痞의 病機로 제시한 ‘亡陰’¹⁴⁷⁾이란, 脾胃之氣의 부족으로 升清하지 못하는 水穀之氣가 아래로 꺼져버리는 것을 의미한다. 아래에서 올라오지 못하고 鬱滯되어 陰火가 잠복하면 血病을 야기하게 되니, 결국 血病이란 脾胃水穀의 失常에서 비롯하였음을 알 수 있다. 그러므로痞를 다스리기 위해서는 胃氣를 升하게 하여 自然히 生發升騰이 이루어지도록 하며, 동시에 不通을 야기하는 陰血의 문제를 해결해야 한다고 강조한 것이다. 그리고 그러한 역할을 수행하는 藥을 두고 血藥이라 일컫는 것으로 보인다.

② 枳實을 활용한 李東垣의痞 처방

李東垣이痞에 사용한 처방 중 枳實을 중용한 처방으로는 枳朮丸과 消痞丸類가 있는데, 이들은 그 활용 목적에서 구별되는 측면이 존재한다.

飲食傷에 의한痞滿은 補하는 가운데에 消導시켜

137) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “若全用氣藥導之, 則其痞益甚, 甚而復下, 氣愈下降, 必變爲中滿, 鼓脹, 皆非其治也.”
138) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “至於酒積雜病下之太過, 亦作痞滿. 蓋下多則亡陰. 亡陰者, 謂脾胃水穀之陰亡也. 故胸中之氣, 因虛而下陷於心之分野, 故致心下痞, 宜升胃氣, 以血藥治之.”
139) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “如飲食所傷而爲痞滿者, 常內消導.”
140) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “其胸中窒塞上逆, 兀兀欲吐者, 則宜吐之, 所謂在上者, 因而越之也.”
141) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.657. “況胃主血所生病, 爲物所傷, 物者, 有形之物也, 皆是血病, 血病瀉氣, 此其二也.”
142) 李杲. 脾胃論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.692. “脾胃既虛, 不能升浮, 爲陰火傷其生發之氣, 營血大虧, 營氣伏于地中, 陰火熾盛, 日漸煎熬, 血氣虧少.”
143) 李杲. 脾胃論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.691. “心火乘脾, 乃血受火邪, 而不能升發, 陽氣伏于地中. 地者, 人之脾也.”

144) 은석민. 李東垣이 논한 陰火의 實質에 대한 연구. 대한한의학원전학회지. 2012. 25(4), p.12.
145) 신상원. 李東垣의 風藥 活用法에 대한 고찰. 대한한의학원전학회지, 2018. 31(4), p.7.
146) 李杲. 脾胃論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.676.
147) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “至於酒積雜病下之太過, 亦作痞滿. 蓋下多則亡陰. 亡陰者, 謂脾胃水穀之陰亡也.”

야 하는데, 이때 枳朮丸類를 사용한다.¹⁴⁸⁾¹⁴⁹⁾ 枳朮丸의 方義에 대한 張元素의 언급은 앞에서 간략하게 다루었다. 李東垣 또한 枳朮丸을 두고 脾胃의 元氣를 補하면서도 음식으로 傷한 바를 消導시키는 藥으로 보았다. 나아가 연잎[荷葉]으로 싼 밥으로 丸을 빙는 방식을 덧붙여 胃氣의 上升을 유도하고자 하였고¹⁵⁰⁾ 이로써 內傷 病機에 더욱 부합하도록 하였다.

枳朮丸에서 枳實은 內傷痞를 다스리기 위해 消導시키는 약으로써 사용되었다. 食積을 맹렬하게 下利시키는 약[峻利食藥]¹⁵¹⁾과의 대비를 통해 枳實의 특장점을 드러냈다.

“易水張先生，嘗戒不可用峻利食藥，食藥下咽，未至藥丸施化，其標皮之力始開，便言空快也，所傷之物已去。若更待一兩時辰許，藥盡化開，其峻利藥必有情性，病去之後，脾胃安得不損乎？脾胃既損，是真氣元氣敗壞，促人之壽。……枳實味苦寒，泄心下痞悶，消化胃中所傷。此一藥下胃，其所傷不能即去，須待一兩時辰許，食則消化，是先補其虛，而後化其所傷，則不峻利矣。”

『內外傷辨惑論』「辨內傷飲食用藥所宜所禁」¹⁵²⁾

峻利食藥은 미처 施化되기도 전에 標皮의 힘으로 즉시 食積을 제거하여 곧 시원한 느낌을 주지만[言空快也] 2~4시간[一兩時]이 지나면 본래 峻利食藥의 사나운 情性이 드러나 脾胃를 손상시킨다. 반면 枳朮丸은 복용 직후 食積을 바로 제거하지는 못하지

만, 2~4시간을 기다리면 消化가 이루어진다고 하였다.

따라서 峻利食藥의 맹렬한 藥性은 오로지 下降함에 있다. 반면 枳朮丸은 脾胃를 먼저 補하는 과정을 거치고 난 뒤에서야 胃中에 傷한 바를 제거하는 작용이 이루어진다. 앞서 枳實이 沈降하는 작용 이전에 浮而升하는 方向성을 先行한다고 설명한 바 있다.¹⁵³⁾ 따라서 枳朮丸이 脾胃를 중심으로 한 中焦의 기운을 천천히 돌아가게 만들어주는 2~4시간 동안에 枳實은 陰分의 積滯로 인해 鬱遏된 水穀精微를 흩어주어 上升케 하는 작용이 이루어진다. 그리고 脾胃가 升降 및 運化하는 기전을 천천히 회복한 뒤에서야 비로소 脾胃之氣의 運행을 저해하던 積滯가 풀리게 된다고 볼 수 있다. 李東垣은 穀氣의 升騰之氣를 강조하고, 음식물로 인한 손상에 적절히 대응하여 胃氣를 왕성하게 기르고 五穀의 精華는 위로 올라가게 하는 것이 消導藥의 역할이라고 하였는데,¹⁵⁴⁾ 위와 같은 枳實의 작용은 李東垣이 강조하는 內傷의 치료 목표와 부합한다.

따라서 張元素와 李東垣은 沈降하면서도 한편으로는 鬱滯된 것을 흩어주어 上升之氣가 條達할 수 있도록 만드는 枳實의 복합적인 특성을 飲食傷으로 인한 痞에 적절하게 활용하였음을 알 수 있다.

이에 비해 消痞丸類는 痞證에 대한 通治方의 성격으로 제시되었다. 李東垣은 『東垣試效方』에서 痞證을 야기하는 다양한 病因病機에 대해 소상히 밝힌 뒤, 痞의 유형을 잘 살펴서 治法을 고려하라는 말을 덧붙였다.¹⁵⁵⁾ 하지만 痞를 야기할 수 있는 요인이 內傷과 外感을 不問하고 다양한 만큼, 그 원인을 명확하게 도출하는 것이 현실적으로 어려운 경우가 많다. 따라서 『東垣試效方』 心下痞門에서 消痞丸類를

148) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.658. “易水張先生枳朮丸，治痞，消食，強胃。”

149) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.658. “橘皮枳朮丸，治老幼元氣虛弱，飲食不消，或臟腑不調，心下痞悶。”

150) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.656. “當是之時，未悟用荷葉燒飯爲丸之理，老年味之始得，可謂神奇矣。荷葉之一物，中央空虛，象震卦之體，震者，動也，人感之生足少陽甲膽也。甲膽者風也，生化萬物之根蒂也。『左傳』云，“履端於始。”序則不愆。人之飲食入胃，營氣上行，即少陽甲膽之氣也。”

151) 巴豆，牽牛子，大黃 등을 지칭하는 것으로 보인다.

152) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.656.

153) 李時珍 編著. 張守康, 張向群, 王國辰, 王洪濤 主校. 本草綱目. 北京. 中國中醫藥出版社. 1999. p.884. “元素曰，性寒味苦，氣厚味薄，浮而升，微降，陰中陽也。”

154) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.656. “人之真氣衰旺，皆在飲食入胃，胃和則穀氣上升。穀氣者，升騰之氣也。乃足少陽膽，手少陽元氣始發生長，萬化之別名也。飲食一傷，若消導藥的對其所傷之物，則胃氣愈旺，五穀之精華上騰，乃清氣爲天者也。”

155) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “凡治痞者，宜詳審焉。”

제시한 까닭은, 증상만으로痞를 다스릴 수 있는 실용적인 처방이 필요하기 때문으로 보인다.

大消痞丸은 心下가痞悶하고積滯가 쌓인 모든證을 다스리며 오래되어 낫지 않는 경우에 사용한다.¹⁵⁶⁾處方의 구성을 보면¹⁵⁷⁾中焦를補하는人參甘草·白朮, 清熱시키는黃芩黃連, 破血止痛하는薑黃, 行氣시키는陳皮枳實厚朴 등 그 작용이 다양하다. 그러므로 이미 만성화되어病因을 찾을 수 없는痞證에 두루 通治할 수 있는 처방이다.

枳實消痞丸은 心下虛痞로 입맛이 없고 피곤한 것을 다스린다고 하였다.¹⁵⁸⁾枳實, 黃連, 乾生薑, 半夏麩, 厚朴, 人參, 炙甘草, 白朮, 白茯苓, 麥蘖麩의 구성이다. 그 구성을 살펴보면 枳實理中丸의 구성이 모두 포함되어 있다. 또는 半夏瀉心湯에서 黃芩과大棗가 빠지고 厚朴과 麥蘖이 들어간 것으로도 볼 수 있다. 이와 더불어 枳朮丸의 조합도 들어있다. 따라서 枳實消痞丸은 脾胃虛를 바탕으로 한痞證에 대하여 內傷과 外感을 막론하고 활용할 수 있다.

黃連消痞丸도 그 구성¹⁵⁹⁾이 大消痞丸, 枳實消痞丸과 많이 겹친다. 煩熱이 있고 喘促하여 不安한 것을 主治한다고 제시한 것처럼 黃連을 君藥으로 하여 清熱 능력에 집중하였지만, 그 이외의 다양한 藥의 조합을 통해 마찬가지로 痞證을 두루 다스릴 수 있는 처방이다.

李東垣은 黃連을 枳實과 더불어 心下痞證에 중요하게 고려되는 약물로 제시하였다.¹⁶⁰⁾『脾胃論』「用藥加減法」에서 만약 환자가 能食하면서 心下痞가 있

으면 黃連을 소량 가하나, 만약 음식을 먹지 못한다면 黃連을 가해서는 안 된다고 하였다.¹⁶¹⁾ 따라서 陰火가 熾盛한痞에는 黃連을 활용하였고, 만약 脾胃虛弱으로 인한積滯가 심하면 黃連을 사용하지 말라고 하였으며 이 경우에는 枳朮丸을 활용하는 편이 좋다고 할 수 있다. 따라서 消痞丸 3種 모두 通治의 성격을 띠지만, 세부적으로 그 역할을 분별해보면 枳實과 黃連의 차이를 바탕으로 枳實消痞丸과 黃連消痞丸으로 구분하여 활용하려는 의도가 있었다고 볼 수 있다.

6) 劉完素와 朱震亨의痞證에 대한認識

한편, 易水學派 이외의 金元時代 醫家들 또한 『傷寒論』의 陰陽論의 대비에서 벗어나 濕土를 중심으로痞를 바라보는 관점을 지녔음을 알 수 있었다.

劉完素는 『內經』의 관점에 입각하여 濕類의 病으로痞를 인식하였다.¹⁶²⁾『素問玄機原病式』에서痞는 곧 否와 같다고 하여 不通하는象으로 보았으며, 紋理가 단혀 精神榮衛, 血氣津液이 모두 出入과 流行하지 못하면痞가 된다고 하였다.¹⁶³⁾ 이를 통해痞는 氣 차원 뿐만 아니라 形質 차원까지 출입과 흐름이 이루어지지 못하는 상황으로 인식하였음을 알 수 있다. 治法에 대해서는 辛苦寒藥으로 下法을 시행해야 한다고 하였다.¹⁶⁴⁾

朱震亨은 『丹溪心法』에서痞는 食積과 濕을 겸한 것이라고 정의하면서¹⁶⁵⁾痞를 內傷病의 범주에 귀속시켰다. 또한 그는 환자의 상태를 기준으로痞의

156) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.833. “治一切心下痞悶及積, 年久不愈者.”
157) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.833. “黃連 去須, 炒, 六錢 黃芩 六錢 薑黃 白朮 各一兩 人參 二錢 炙甘草 一錢 縮砂仁 一錢 枳實 麩炒黃色, 五錢 半夏 湯泡, 四錢 乾生薑 一錢 橘皮 二錢 炒麩 一錢 一方, 澤瀉 二錢 厚朴 三錢 豬苓 一錢半.”
158) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.833. “治心下虛痞, 惡食懶倦, 開胃進食.”
159) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.833. “黃連 去須炒, 一兩 枳實 炒, 七錢 橘皮 五錢 乾生薑 二錢 半夏 九錢 黃芩 炒黃色, 二兩 茯苓 三錢 白朮 三錢 炙甘草 三錢 薑黃 一錢 澤瀉 一錢 豬苓 去皮, 半兩.”
160) 盛增秀 主編. 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.12. “如心下痞, 須用枳實, 黃連.”

161) 李杲. 脾胃論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.687. “如病人能食而心下痞, 加黃連一分或三分. 如不能食, 心下痞, 勿加黃連.”
162) 劉完素. 素問玄機原病式. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.39. “諸經強直, 積飲痞隔中滿, 霍亂吐下, 體重附腫, 肉如泥. 按之不起, 皆屬於濕. 足太陰濕土, 乃脾胃之氣也.”
163) 劉完素. 素問玄機原病式. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.39. “痞, 與否同, 不通泰也. 謂精神榮衛, 血氣津液. 出入流行之紋理閉塞而爲痞也.”
164) 劉完素. 素問玄機原病式. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.35. “豈知巴豆熱毒, 耗損腎水陽氣, 則心火及脾土自甚, 濕熱相搏, 則佛熱痞隔, 小便不利而水腫也. 更宜下之者, 以其辛苦寒藥, 能除濕熱佛鬱痞隔故也.”
165) 朱震亨. 丹溪心法. 北京. 人民衛生出版社. 2006. p.129. “痞者有食積兼濕.”

治法을 결정하는 방식을 제시하였다. 그 예시로, 환자가 肥人인지 瘦人인지를 구분하여 각각의 원인을 實痰과 鬱熱에서 찾아 그에 맞는 方을 제시하였다.¹⁶⁶⁾ 또, 痞滿을 脹滿과 비교하면서 환자 스스로는 痞悶함을 자각하지만, 겉으로는 脹急한 형체가 없는 경우를 痞라 하였다.¹⁶⁷⁾

7) 金元時代 이후의 痞 治法과 枳實

金元時代 이후의 痞에 대한 인식은 대부분 李東垣이 언급한 내용에서 크게 벗어나지 않는 경우가 대부분이었다. 『傷寒論』에서의 結胸과 痞의 대비를 통해 이루어진 痞의 개념은 계속하여 다루어졌으나, 여러 文獻들에서 結胸과 痞의 경계를 희석하고자 하는 관점이 나타남을 확인할 수 있다.

『醫學入門』은 痞와 結胸을 같은 범주 안에서 보고자 하였다.¹⁶⁸⁾ 李梴은 結胸과 痞氣가 病程 중간의 用藥 시 輕重에 있어 약간의 차이가 있을 뿐 처음과 끝의 用藥은 서로 같다고 하였다.¹⁶⁹⁾ 이는 結胸과 痞를 통합적으로 치료하고자 하였던 『活人書』의 관점이 이어진 것으로 보이며, 結胸과 痞의 차이를 단지 結滯가甚한 정도의 차이로 보아 治法에서는 약간의 輕重의 차이만 있을 뿐 거의 같다고 한 것이다. 실제로 『醫學入門』에는 痰滯로 인해 발생한 痞에 小陷胸湯을 제시하는 등 結胸과 痞의 治法이 혼용된 사례가 존재한다.¹⁷⁰⁾

『萬病回春』에서는 痞의 원인은 다양하나 모두 脾土가 虛한데 邪氣를 받아 傷하였으니, 運化작용이 이루어지지 못하여 陰陽升降이 不交하게 된 것으로

痞를 해석하였다.

『東醫寶鑑』 「外形篇胸」의 <胸痞>에서는 주로 李東垣의 이론과 처방을, 「雜病篇寒」의 <傷寒痞氣>에서는 『傷寒論』의 내용을 인용해 內傷痞와 傷寒으로 인한 外感痞를 분리하여 서술하였다. 許浚의 관점으로는 ‘內傷으로 인하여 積滯를 겸한 痞’와 ‘傷寒에 의해 발생한 痞’는 서로 다른 관점으로 보는 것이 합당하여 治法도 달리 적용하였다고 볼 수 있다. 許浚은 李東垣을 筆頭로 한 內傷 관점의 痞를 주류로 보았지만 『傷寒論』의 結胸과 痞를 대비하는 관점 또한 의미가 있다고 보았고, 「外形篇胸」에서도 역시 <胸痞>의 짝으로 <結胸> 항목을 기술하였다. 대신, 痞와 結胸은 輕重의 차이만 있을 뿐 始終의 用藥은 동일하다는 『醫學入門』의 문장을 인용하면서 結胸과 痞에서 治法이 通用될 수 있음을 밝혔다.¹⁷¹⁾ 따라서 結胸임이 뚜렷하게 드러나는 병태 외에는 痞의 治方인 桔梗枳殼湯을 사용할 수 있다고 하여¹⁷²⁾ 結胸과 痞의 通用方으로 桔梗枳殼湯을 제시하였다.¹⁷³⁾ 그리고 寒實結胸에 枳實理中丸을¹⁷⁴⁾, 水結胸에 枳朮湯¹⁷⁵⁾을 제시하여, 枳實을 활용한 처방이 結胸과 痞 모두에서 통합적으로 활용되는 양상이 드러난다. 한편, 『雜病篇寒』 「傷寒痞證」에도 痞와 結胸의 경계의 모호성에 대한 인식이 유입되었다고 본 연구도 있다.¹⁷⁶⁾ 甘草瀉心湯證이 비록 痞證이지만 結胸에서 나타나는 熱結과 엄격하게 구별되기

166) 朱震亨. 丹溪心法. 北京. 人民衛生出版社. 2006. p.129. “如肥人心下痞者, 乃是實痰, 宜蒼朮, 半夏, 砂仁, 茯苓, 滑石, 如瘦人心下痞者, 乃是鬱熱在中焦, 宜枳實, 黃連, 葛根, 升麻.”

167) 朱震亨. 丹溪心法. 北京. 人民衛生出版社. 2006. p.130. “與脹滿有輕重之分, 痞則內覺痞悶, 而外無脹急之形者, 是痞也.”

168) 박수현. 『東醫壽世保元』 少陰人 病論 條文에 대한 考察. 2014. 경희대학교대학원 박사학위논문. p.168.

169) 李梴 編著. 陳柱杓 譯解. (新對譯 編註) 醫學入門. 서울. 법민문화사. 2009. p.1051.

170) 李梴 編著. 陳柱杓 譯解. (新對譯 編註) 醫學入門. 서울. 법민문화사. 2009. p.1348. “痰火因厚味鬱成, 痰滯者, 小陷胸湯, 或枳梗二陳湯, 導痰湯.”

171) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법민문화사. 2011. p.567. “胸滿而不痛者爲痞, 滿而痛者爲結胸, 痞悶, 比之結胸爲輕, 始末用藥俱同, 但有輕重之殊耳. (『入門』)”

172) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법민문화사. 2011. p.568. “通用桔梗枳殼湯 解鬱和中湯 二陳湯加減.”

173) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법민문화사. 2011. p.570. “桔梗枳殼湯, 治結胸痞氣通用.(『入門』)”

174) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법민문화사. 2011. p.570. “寒實結胸者, 身不熱, 口不渴, 只心中脹硬而痛, 無熱證. 宜枳實理中丸(方見上), 甚者, 三物白散(方見寒門).(『入門』)”

175) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법민문화사. 2011. p.571. “水結, 宜枳朮湯.”

176) 박수현. 『東醫壽世保元』 少陰人 病論 條文에 대한 考察. 2014. 경희대학교대학원 박사학위논문. p.168.

어렵다고 보고 『傷寒論』의 條文¹⁷⁷⁾의 “此非結熱”을 “此乃結熱”로 수정하였다는 것이다.¹⁷⁸⁾

『景岳全書』에서는 痞證 치료에서 瀉心湯의 한계를 지적하며, 대신 痞滿은 脾의 병이므로 塞因塞用의 방식으로써 痞를 다스려야 함을 밝혔다.¹⁷⁹⁾ 즉, 邪氣를 瀉하는 방식보다 脾土를 복돋아 升降作用을 회복시킴으로써 塞滿된 것을 풀어주는 방향으로 痞의 治法이 변화하였음을 말하고 있다.

『溫病條辨』에서도 濕熱이 互結하여 나타나는 心下痞滿에 대한 처방 중 人參瀉心湯¹⁸⁰⁾, 半夏瀉心湯去乾薑甘草加枳實杏仁湯¹⁸¹⁾, 半夏瀉心湯去人參乾薑甘草大棗加枳實生薑湯¹⁸²⁾에서 枳實을 활용하였다. 溫病學에서는 中焦濕熱로 인한 痞를 辛開苦降法으로 다스렸는데,¹⁸³⁾ 해당 治法을 제대로 구현하기 위해 枳實을 추가하여 활용하였음을 알 수 있다. 또한 陽明暑溫으로 인해 胸部에 水氣가 結한 證에 小陷胸加枳實湯을 제시하였는데, 小陷胸湯에 枳實을 加하여 枳實의 苦辛한 味로 通降하여 胸腹의 水氣를 몰아내도록 하였다.¹⁸⁴⁾ 이는 곧 『溫病條辨』에서도 痞와 結

胸에 枳實을 통합적으로 활용하였음이 드러난다.

Ⅲ. 考察

1. 痞證 治法の 變遷

痞證은 주역의 否의 象을 담고 있다. 否는 天地가 사귀지 못하여 만물이 통하지 못하는 상황이다.¹⁸⁵⁾ 즉, 痞란 인체의 陰陽이 交通하지 못하고 서로 대치하여 막히게 되는 국면을 두고 否卦의 의미를 빌려 표현한 것이다.

『傷寒論』은 외부에서 客하는 邪氣를 중심으로 병을 인식하는 外感의 관점에서 서술되었다. 따라서 痞證 또한 表裏陰陽 중심의 관점에 따라 表邪가 裏部로 內陷하는 과정 중 表裏의 경계에서 正氣와 邪氣가 대치하고 있는 상황으로 痞를 인식하였다. 따라서 『傷寒論』의 痞證 개념은 表裏가 不通한 상황을 중심으로 다루어졌으며, 증상을 호소하는 부위인 心下部는 邪氣가 腹部로 이행되기 직전의 경계로서 의미를 지닌다. 痞의 치료 또한 이러한 관점에 따라 心下部의 結滯를 풀어주어 表裏의 交通을 復元함에 목적이 있다. 『傷寒明理論』에서 瀉心湯을 ‘分解之劑’라 한 것 또한 陰陽의 升降을 회복시킨다는 의미이다.¹⁸⁶⁾

그리고 『傷寒論』은 心下部의 結滯를 陰陽論의 認識法에 따라 結胸과 痞로 나누어 보았으며, 結胸과 痞를 對待의인 관계로 설정하여 治法の 방향을 구분하였다. 하지만 痞와 結胸을 腹診을 통해 증후적으로 구별하는 방식은 虛實을 구분하기 모호한 漸移地帶를 어떻게 처리할 것인지에 대한 문제를 後代에 남기게 되었다.

『外臺秘要』, 『活人書』에서 언급한 崔行功 治驗例를 통해 瀉心湯과 陷胸湯 모두 心下の 隔氣에 효과가 없는 상황이 보고되면서, ‘痞’에서 내포하는 不通의 문제가 脾胃의 氣機不利에서 기인한다는 근원적

177) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.330. “傷寒中風, 醫反下之, 其人下利日數十行, 穀不化, 腹中雷鳴, 心下痞硬而滿, 乾嘔, 心煩不得安, 醫見心下痞, 謂病不盡, 復下之, 其痞益甚. 此非結熱, 但以胃中虛, 客氣上逆, 故使硬也, 甘草瀉心湯主之.”
178) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법민문화사. 2011. p.836. “下後, 下利日數十行, 穀不化, 腹雷鳴, 心下痞硬, 乾嘔心煩, 此乃結熱, 乃胃中虛, 客氣上逆故也. 甘草瀉心湯主之.(仲景)”
179) 張介賓 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 景岳全書. 서울. 법민문화사. 2007. p.431. “欲用諸瀉心湯以治虛邪, 能無失乎. 蓋未知塞因塞用別有神化之妙法, 而痞滿多在脾, 尤不可以瀉心也.”
180) 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010. p.91.
181) 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010. p.77.
182) 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010. p.95.
183) 안진희, 김도훈. 溫病學 辛開苦降法과 『脾胃論』 脾胃病 치료 기전에 대한 고찰. 대한한의학원전학회지. 2020. 33(3). p.97.
184) 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010. p.77. “脈洪滑, 面赤身熱頭暈, 不惡寒, 但惡熱, 舌上黃滑苔, 渴欲涼飲, 飲不解渴, 得水則嘔, 按之胸下痛, 小便短, 大便閉者, 陽明暑溫, 水結在胸也, 小陷胸湯加枳實主之. …… 加枳實者, 取其苦辛通降, 開幽門而引水下行也.”

185) 백유상. 한국 주요醫書에 나타난 64卦에 대한 考察. 대한한의학원전학회지. 2022. 35(1). p.164.
186) 成無己 著. 張國駿 校注. 傷寒明理論. 北京. 中國中醫藥出版社. 2007. p.75. “否而不分爲痞, 瀉心湯爲分解之劑, 所以謂之瀉心者, 謂瀉心下之邪也. …… 上下得通, 陰陽得位, 水升火降, 則痞消熱已.”

인 인식으로 전환되었다. 따라서 治法 또한 脾胃를 補하여 理氣시키는 방식 위주로 접근하였다. 특히 朱肱은 氣를 運行시켜 心下部에 積滯가 생기는 것을 예방하는 방식을 고안하였으며, 治方으로는 理中湯과 枳梗枳殼湯을 활용하였다. 이와 같은 방식은痞와 結胸의 엄밀한 감별에서부터 자유로워지기에 실용성과 범용성을 갖추었다. 그리고 만일 誤診으로 治法을 잘못 선택하여 나타나는 弊端에 대한 위험성을 줄일 수 있으므로 보다 안정적으로 治方을 운용할 수 있다는 장점이 있다.

金元時代에 이르러서는 인체 내부 正氣를 중심으로 병을 인식하는 內傷의 관점에서 痞를 다루었다. 金元의 醫家들은 대체로 痞를 濕土의 病으로 보는 『內經』의 認識에 기반을 두었으며 陰陽이 서로 交濟하지 못하고 不通하여 壅塞되어버린 상황을 升降을 주관하는 脾胃의 所致로 보았다. 따라서 脾胃의 正氣를 중심으로 다스려야 한다는 관점 아래에서 痞의 治法이 모색되어 왔다. 특히 張元素와 李東垣은 脾胃를 損傷시키는 飲食勞倦傷에서 脾胃之氣가 下流되는 것을 痞와 연결 지어 이해하였다. 李東垣은 脾胃之氣가 下陷하여 陰分의 積滯를 야기한다는 內傷病機의 관점에 따라 胃氣를 올리고 血藥을 사용하는 것을 痞證 治法の 要點으로 삼았다. 飲食傷으로 인해 발생하는 痞에 枳朮丸과 그 加減方을 제시한 것 또한 內傷病에서 胃氣의 회복을 통해 痞를 해결하고자 한 것이다.

이처럼 脾胃 중심으로 痞를 바라보는 관점은 李東垣 이후에도 이어졌다. 『醫學入門』과 『東醫寶鑑』에서는 痞와 結胸을 同類로 보고자 하였으며, 187) 痞와 結胸을 통합적으로 다스릴 수 있는 처방을 강구하는 실용적인 관점으로 이어졌는데 이는 結胸과 痞를 脾胃 중심의 관점으로 바라보았기에 가능하였다.

『傷寒論』에서 結胸과 痞로 大別하여 分治하고자

한 의도는 心下의 隔塞이 虛實의 兩端으로 치닫게 되었을 때 나타나는 극단적인 양상을 대처하기 위함으로 보인다. 예를 들어 結胸의 경우 大陷胸湯證에 이르게 되면 結滯된 정도가 극심해져 강한 통증이 나타나며, 結胸證이 다하여 煩躁가 나타나면 죽음[死]에 이르게 된다.¹⁸⁹⁾ 한편 痞證에 적절히 대처하지 못하면 심한 下利로 이어져 역시 위태로운 지경에 이르게 된다.¹⁹⁰⁾¹⁹¹⁾ 따라서 陰陽論의 대비를 통한 分治는 곧 陰陽虛實의 兩端으로 치우쳐 危證으로 빠질 수 있는 위험을 제거하는 것에 목적이 있다.

반면, 『活人書』에서 시작하여 李東垣으로 이어지는 脾胃를 중심으로 痞證을 인식하는 관점에서는 痞와 結胸 사이에 존재하는 미묘한 지대를 脾胃虛弱으로 보고 다스려 이로부터 복잡다단하게 파생되는 內傷의 病機를 처리하는 것을 추구하였다. 이는 치료의 안정성 및 병기 인식의 편의성, 실용성 측면에서 유용함을 제공하여 이후 痞證을 다스리는 主流의 견해로 자리매김하였으며 그 한 가운데에 枳實의 역할이 자리 잡고 있었다.¹⁹²⁾

189) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.286. “結胸證悉具, 煩躁者亦死.”

190) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.330. “傷寒中風, 醫反下之, 其人下利日數十行, 穀不化, 腹中雷鳴, 心下痞硬而滿, 乾嘔, 心煩不得安. 醫見心下痞, 謂病不盡, 復下之, 其痞益甚. 此非結熱, 但以胃中虛, 客氣上逆, 故使硬也, 甘草瀉心湯主之.”

191) 문준전 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011. p.333. “傷寒, 服湯藥, 下利不止, 心下痞硬, 服瀉心湯已. 復以他藥下之, 利不止, 醫以理中與之, 利益甚. 理中者, 理中焦, 此利在下焦, 赤石脂禹餘糧湯主之. 復不止者, 當利其小便.”

192) 한편으로, 心腹部의 隔塞 증상을 음양론적 대립 관점으로 인식하는 전통은 李濟馬에 의해 증후적으로 結胸과 痞證을 구별하려는 생각에서 탈피하여, 보다 인간 생명 내면 깊은 곳에 존재하는 臟氣의 虛實을 분화시켜 인식하는 사상의학적 관점이 수립되면서 더욱 근본적인 수준에서 結胸과 痞를 구별할 수 있게 되어 다시금 소양인의 結胸과 소음인의 痞證을 대비시키는 관점으로 재해석됨으로써 부활하였다. 『東醫壽世保元』의 結胸과 痞 관련 연구로는 박수현(박수현, 『東醫壽世保元』 少陰人 病論 條文에 대한 考察, 2014. 경희대학교대학원 박사학위논문. pp.133-341.)과 장우창(장우창. 論文 : 『동의수세보원(東醫壽世保元)』의 결흉(結胸) 해석 -소양인 결흉을 중심으로-. 대한한의학회지. 2015. 28(4). pp.99-119.)을 참고하라.

187) 李樞 編著. 陳柱杓 譯解. (新對譯 編註) 醫學入門. 서울. 법인문화사. 2009. p.1051. “是結胸, 痞氣始末用藥俱同, 但中間用藥略有輕重之殊耳, 不識前輩分陰陽二證謂何.”

188) 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법인문화사. 2011. p.567. “始末用藥俱同, 但有輕重之殊耳.(『入門』)”

2.痞의 치료에서의枳實의 역할

의학사적 맥락에서 볼 때,痞에 대하여 表裏 중심의 관점에서脾胃의正氣를 중시하는 관점으로 변화하는 과정에서枳實이 등장하였다.脾胃不足으로 인한脾氣下陷은陰盛으로 이어져有形의積滯를 만들게 되고,積滯는陽氣의운행을 저해하여不通을 야기한다.枳實이 가지고 있는 복합적인 방향성, 즉 내려보내는 작용이 주가 되면서도 흩어서 위로 올려 보내는 방향성을 같이 지니고 있음은脾胃積滯로 인한不通을 해결하여痞를 치료하는 과정에서 중요하게 작용하였다.

張元素와李東垣은 뿌리내린積滯를 내려보내기 위해서枳實의苦寒한藥性を 활용하였다.枳實의苦寒한性味는현대本草學에서理氣藥으로 분류된 약물들이 대부분辛溫하고芳香이 있는 것과 구분된다.¹⁹³⁾¹⁹⁴⁾痞에서는積滯가 강하게結聚될 수 있는데,枳實은沈降작용과 더불어積滯를潰破시킬 수 있는 힘을 가지고 있다.이 때문에枳實理中丸은氣와毒이相結하여瀉心湯의和解法으로는 해결할 수 없는病證을 다스릴 수 있으며,『東垣試效方』에서痞가成한 뒤에氣藥만으로 다스려서陰盛으로 인한有形의積聚는 해결하지 못한채下陷된氣를 소모하는弊端을 경계한 것과 달리¹⁹⁵⁾枳實은 비록理氣藥임에도積滯를 내려보냄으로써痞證의근본적인 문제를 해결할 수 있기에血藥으로서의 특수한 지위를 점유하여痞證 치료에서重用된 것이다.

하지만濁陰을降하는 작용만으로는枳實의消痞하는 능력을 모두 설명할 수 없다.그저降泄하는 작용으로만論한다면,大黃과 같이腸胃의積滯를

蕩滌시킬 수 있는 강한 힘을 가지고 있는瀉下藥들이 여럿 존재한다.하지만 이들은脾胃를 더욱傷하게 하여痞를 오히려 악화시키기에痞證에 사용을 경계하였다.¹⁹⁶⁾반면枳實은疏散시키는 작용을 겸하고 있어大黃의腸胃를蕩滌시키는 작용¹⁹⁷⁾과 구분된다.大黃이 맹렬하게 하강하는藥性으로 밀어붙여腸胃의積滯를 끌어내려 버린다면,枳實은實質이結한 것을 풀어주면서 막혀 있는 부분을 통하게 한다는 의미를 지닌다.이러한 차이를 두고『本經疏證』에서는“中焦가壅滯되어 소화되지 못하는 때에 단지峻藥만을 사용하면滯한 것이薰蒸되어腸胃에 머무르고 제거되지 않는다.그러므로承氣湯에大黃과芒硝를 사용하면서 반드시枳實과厚朴을 사용한다.”고 하였다.¹⁹⁸⁾즉,中焦의壅塞를 풀어주는 작용을大黃은 하지 못하나,枳實은 할 수 있기에腸胃에滯한 바가 남아서熱化되는弊端이 없다.

疏散하여氣를升하게 하는枳實의 작용이痞를 치료함에 있어 중요한 이유는內傷病機의 관점에서 이해할 수 있다.張元素는枳實이脾經積血을 제거하여痞를 다스린다고 하였다.¹⁹⁹⁾脾經積血은 곧水穀之氣가下陷되어積滯가陰分에서 머무르고 있는 것을 의미한다.李東垣은『內外傷辨惑論』에서穀氣는 곧胃氣,元氣,升騰之氣로서의 의미를 가지고 있다고 하였다.²⁰⁰⁾脾胃의升降이 가로막혀 있는 상

193) 全國韓醫科大學 本草學共同教材 編纂委員會 編著. 本草學. 서울. 永林社. 2016. p.389.

194) 본초학 교과서를 기준으로, 18種의理氣藥 중性이溫한 것은陳皮, 青皮, 木香, 沉香, 薤白 등 12種이며, 이들 가운데 대부분은辛燥한藥性を 겸하여火를 조장하기 쉬운 경향이 있다. 반면苦寒한性味를 가진 것으로는枳實, 川楝子, 青木香 뿐으로,理氣시키는藥에서寒性은 특수한 성질이라고 할 수 있다.(全國韓醫科大學 本草學共同教材 編纂委員會 編著. 本草學. 서울. 永林社. 2016. pp.389-410.)

195) 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.832. “非用此專治痞也. 蓋因見錯下必成痞證, 是邪氣將陷, 而欲過胸中.”

196) 『傷寒論』의甘草瀉心湯證의病機에서心下痞에下法을 써서痞가 더욱 심해진 것과『內外傷辨惑論』에서峻利食藥은 효과가 일시적이며 오히려眞氣를 손상시키게 된다고 한 내용 등을 앞서 언급하였는데, 이들 모두瀉下藥을痞에 쓰지 말아야 하는 이유에 대한 답이 될 수 있다.

197) 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011. p.307. “大黃, 味苦, 寒, 大寒, 無毒. 主下瘀血, 血閉, 寒熱, 破癥瘕積聚, 留飲宿食, 盪滌腸胃, 推陳致新, 通利水殺, 調中化食, 安和五臟.”

198) 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012. p.198. “苟中焦, 有壅滯不化, 但以峻藥導之, 滯難去, 而滯之所薰蒸留於腸胃者未去, 則豈不能勾引新穀邪邪, 據舊滯之位以爲患. 故仲景治中焦, 縱已投硝黃, 亦必協枳朴, 承氣等湯可驗已.”

199) 盛增秀 主編. 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.51. “《心》云, 潔古用去脾經積血, 故能去心下痞. 脾無積血, 則心下不痞. 治心下痞, 散氣, 消宿食.”

200) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.656. “胃氣, 穀氣, 元氣, 甲膽上升之氣, 一也, 異名雖多, 止是胃氣上升者也.”

황에서 水穀이 下流되어 積血이 되었으므로 盛한 陰邪를 내려보내야 하지만, 이때 水穀의 대사과정에서 이루어지는 胃氣의 ‘升’하는 작용은 꺾어서는 안 된다. 瀉下藥을 痞에 쓰면 오히려 역효과가 나타나는 이유 또한 瀉下藥의 강력한 하강 작용으로 胃氣의 상승하는 힘까지 꺾어버린 것이라고 해석할 수 있다.

반면 枳實은 울체된 升騰之氣를 올려보내 胃氣를 보존한 뒤에 비로소 積聚를 沈降시킨다.²⁰¹⁾ 枳實은 味薄하여 升하므로 氣를 條達시켜 鬱滯를 풀 수 있다. 枳實이 木氣의 鬱滯를 풀어 氣를 疏通시킨다는 것은 枳實이 脇痛을 다스린다는 내용을 통해 드러난 사실이다. 『黃帝內經素問』에서 “其病留滿否塞. 從木化也.”²⁰²⁾라 한 것과 같이 痞 또한 土運의 不及으로 木氣의 克伐이 일어나 가로막히게 된 형국으로 볼 수 있으므로, 鬱滯된 氣를 구하는 것이 곧 胃氣를 회복하여 痞를 다스리는 실마리가 된다.

따라서 枳實은 疏散과 沈降이라는 복합적인 방향성을 가지고 있기에 陰分에서 鬱結되어 있는 陽氣를 흩어줘 脾胃의 기능을 회복할 수 있는 토대를 해치지 않으면서 有形의 積滯를 아래로 내려보낸다. 이러한 과정을 두고 『內外傷辨惑論』에서 “其所傷不能即去, 須待一兩時辰許, 食則消化.”²⁰³⁾라고 묘사한 것으로 보인다. 一兩時가 지난 뒤에서야 食積이 제거된다는 것만큼은 下泄작용이 이루어지기 이전에 가로막힌 胃氣를 풀어 脾胃의 升降을 회복하는 과정을 거친 뒤 積滯가 소화되어 내려갔음을 의미한다.

한편, 枳實의 一升一降하는 작용은 吳鞠通이 제시한 辛開苦降法의 관점으로도 이해할 수 있다. 辛開苦降法은 氣를 發散하여 열어주는 辛味の 작용과 清泄하는 苦味の 작용을 함께 사용하여 升降의 樞軸인 脾胃를 동시에 치료하는 방식으로, 氣機鬱結로 脾胃의 升降運動이 失常한 것을 해결하는 데에 效用이 있으므로 痞證의 치료에도 적용된다.²⁰⁴⁾ 枳實은

苦味와 辛味를 같이 갖추고 있으며, 특히 『溫病條辨』에서는 枳實에 辛味가 있음을 조명하며 氣分에 濕이 結한 것을 열어준다고[開] 명시한 바 있다.²⁰⁵⁾ 따라서 枳實의 작용은 辛開와 苦降을 같이 兼하여 結滯되어 가로막힌 것을 通降하는 것이 된다.²⁰⁶⁾

다시 정리하면, 枳實에는 鬱滯된 氣를 疏散시켜 氣가 다시 제 역할을 할 수 있도록 하는 작용과 脾胃之氣의 不通을 야기하는 積聚를 내려보내는 작용이 유기적으로 이루어진다. 이처럼 작용이 입체적으로 이루어진다는 장점은 枳實이 脾胃를 補하는 藥과 함께 좋은 짝이 될 수 있는 이유가 되기도 한다. 『本草述鉤元』에서는 枳實이 白朮과 함께하면 健陽하여 益氣한다고 하였다.²⁰⁷⁾ 枳實은 瀉하는 작용에 편향되어 있음에도 鬱滯되어 있는 脾胃之氣를 먼저 터주기 때문에 오히려 胃氣를 보존하는 것이 가능하다. 따라서 枳實理中丸과 枳朮丸은 脾胃를 補하는 약에 枳實을 배오하여 先補後瀉의 방법으로 痞를 다스릴 수 있다.

한편, 枳實의 복합적인 작용은 陰陽論의 分治 관점에서는 오히려 방향성이 모호한 약물로 평가될 것으로 추론할 수 있으며, 이러한 이유로 『傷寒論』의 痞證 치법에서 枳實의 효용 가치는 높지 않았을 것으로 추정할 수 있다. 張仲景은 『金匱要略』에서는 心中痞를 다스리기 위해 枳實을 활용하였다. 그럼에도 『傷寒論』에서는 結胸과 대비시킨 陰陽論의 관점에 따라 虛實의 兩端으로 治法을 구분하였기에 枳實은 瀉心湯의 ‘分解’하는 방식과 大陷胸湯의 ‘直達’하는 방식 모두 사용되기에 부적합한 것으로 보고 治法

201) 張元素는 枳實을 두고 “浮而升, 微降”이라 하였으므로 ‘浮而升’이 ‘降’에 선행함을 알 수 있다.

202) 郭霽春 主編. 黃帝內經素問校注(下). 北京. 人民衛生出版社. 1992. p.919.

203) 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007. p.656.

204) 안진희, 김도훈. 溫病學 辛開苦降法과 脾胃論의 脾胃病 치료 기전에 대한 고찰. 대한한의학원전학회지. 33(3). 2020. pp.92-93.

205) 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010. p.78. “枳實開氣分之濕結.”

206) 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010. p.77. “加枳實者, 取其苦辛通降, 開幽門而引水下行也.”

207) 楊時泰. 本草述鉤元. [cited at 24 Jul 2023]; Available from:

<https://jicheng.tw/tcm/book/%E6%9C%AC%E8%8D%89%E8%BF%B0%E9%89%A4%E5%85%83/index.html> 『本草述鉤元』 “枳” “其陽完而陰傷之也, 然則有痞而堅大, 乃陰邪有以結陽, 受病在陽也, 宜健陽, 如仲景枳實白朮之治, 用枳實所以助陽之健也.”

에서 배제된 것이라 추론할 수 있다. 『本草思辨錄』 또한 枳實이 痞를 다스림에도 張仲景이 瀉心湯과 陷胸湯 모두에서 枳實을 쓰지 않은 까닭에 대하여 痞는 虛邪로 가볍게 흠어야 하고 結胸은 實邪이기에 熱을 滌하고 水를 泄하여야 하므로, 각각의 전문적인 약을 써야 하기 때문에 枳實은 사용하지 않았다고 설명하였다.²⁰⁸⁾

IV. 結論

역대 本草書에서 枳實의 藥性에 대하여 다른 내용을 고찰한 결과, 枳實은 苦寒한 性味를 갖추어 沈降하는 작용이 이루어지면서도, 다른 한편으로는 흠어주고 풀어주어 鬱滯된 것을 통하게 하는 ‘복합적인 방향성’을 지니고 있음을 확인하였다. 이러한 枳實의 藥性은 脾胃의 氣를 돌려주는 한편 積滯를 내려보내는 복합적 작용을 수행할 수 있으므로, 中焦에서 氣가 교착되어 升降의 흐름이 막힌 痞證을 치료하기 위한 가장 중요한 역할을 담당할 수 있다.

『傷寒論』에서는 陰陽論의 認識에 따라 結胸과 痞를 대비시켰으며, 腹證을 통해 虛實을 감별하여 分治하였다. 하지만 張仲景이 기술한 ‘痞硬’의 證은 실질적으로는 腹診 소견만으로는 虛實을 분간하기 모호한 漸移地帶로서의 성격을 띠고 있었다. 따라서 『傷寒論』이 痞와 結胸을 分治하는 방식은 하나의 典範으로 자리 잡았음에도, 腹證만으로 痞를 結胸과 감별하여 治法을 고안하는 과정에 대해 後代 醫家들은 문제의식을 갖게 되었다.

그 해결을 모색하는 과정에서 脾胃를 補해서 氣機升降을 정상화하여 痞를 해결하는 방식이 등장하였다. 『活人書』는 痞와 結胸에 理中湯을 사용하여 理氣시키는 방식을 활용하였는데, 이는 예방적으로 사용할 수 있는 장점이 있으며, 誤治에 대한 위험성을 감소시켰다. 또한 痞와 結胸을 通治할 수 있는 처방으로 枳實理中丸을 제시하여 치료에 있어 실용

성과 안정성을 갖추었다. 易水學派는 脾胃의 正氣를 중심으로 痞를 다스리고자 하였다. 李東垣은 內傷病機를 중심으로 痞를 이해하였으며, 치료에 있어 血藥을 사용해야 함을 제시하였다. 枳朮丸은 飲食傷으로 인한 痞를 다스림에 있어 脾胃의 氣를 회복하면서도 積滯를 消導시키는 데에 效用이 있다. 李東垣 이후에도 脾胃 중심으로 痞를 인식하는 관점이 이어졌다. 그러면서도 結胸과 痞의 對待의인 관계는 남아있었는데, 結胸과 痞의 경계는 『傷寒論』에 비해 모호해졌다.

의학적 맥락에서 볼 때, 痞의 治法이 『傷寒論』의 陰陽論의 分治의 관점에서 脾胃를 중심으로 하는 관점으로 넘어가면서 枳實이 痞의 치료에서 핵심적인 역할로 부상하였음을 확인하였다. 이는 枳實이 結聚된 것을 疏通시켜 鬱滯되어 있는 胃氣를 升發하고, 陰分の 積滯는 降泄하는 입체적인 작용이 있어 脾胃의 氣를 보존하면서도 積滯를 제거하는 特長點을 지녔기 때문으로 사료된다.

본 연구는 본초학적 배경과 의학적 맥락에 대한 고찰을 바탕으로 枳實과 痞의 관련성을 밝히고자 하였으며, 이를 통해 枳實이 가진 복합적인 방향성을 토대로 痞證 치료에서의 枳實의 쓰임새에 대한 이해를 심화시키고자 하였다. 本草의 효능이란 결국 病證을 치료하기 위한 치열한 시도를 통해 도출된 것이므로, 거꾸로 病證을 바라보는 한의학적 관점에 대한 이해는 그 本草學의 효능의 실체를 인정하고 입체적으로 이해하기 위한 큰 기반이 된다. 향후 他 藥物에 대해서도 藥物과 病證의 관련성에 대해 총체적인 이해를 시도한 본 연구와 유사한 방법론을 적용하여 심도 있는 고찰이 이루어지기를 바라며, 이와 같은 약물의 작용에 대한 다층적 인식을 통해 한의학에서 약물의 활용이 더욱 정밀하고 다양해질 수 있기를 기대한다.

References

208) 周岩. 本草思辨錄. 本草四家合集. 太原. 山西科學技術出版社. 2010. p.374. “夫瀉心諸湯治心痞, 大小陷胸治結胸, 枳實宜可用矣, 而皆不輸入, 曷故. 蓋痞爲虛邪, 宜輕散不宜實攻, 結胸雖屬實邪, 而滌熱洩水, 別有專藥.”

1. 高士宗 著. 于天星 按. 黃帝素問直解. 北京. 科學技術文獻出版社. 2001.
2. 郭靄春 主編. 黃帝內經素問校注. 北京. 人民衛

- 生出版社. 1992.
3. 寇宗奭. 本草衍義. 北京. 北京圖書館出版社. 2006.
 4. 김정범 編著. 金匱要略辨釋. 용인. 한의문화사. 2003.
 5. 唐慎微 著. 郭君雙, 金秀梅, 趙益梅 校注. 證類本草. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2011.
 6. 繆希雍 著. 鄭金生 校注. 神農本草經疏. 北京. 中醫古籍出版社. 2002.
 7. 문성일, 이상인. 枳實, 枳殼의 基原에 關한 研究. 대한본초학회지(본초분과학회지). 1986. 1(0).
 8. 문준진 外 16人 共譯. 傷寒論精解. 용인. 한의문화사. 2011.
 9. 박수현. 『東醫壽世保元』 少陰人 病論 條文에 對한 考察. 경희대학교대학원 박사학위논문. 2014. 서울.
 10. 백유상. 한국 주요 醫書에 나타난 64卦에 對한 考察. 대한한의학회지, 2022. 35(1).
<https://doi.org/10.14369/JKMC.2022.35.1.155>
 11. 成無己 著. 張國駿 校注. 傷寒明理論. 北京. 中國中醫藥出版社. 2007.
 12. 신상원. 李東垣의 風藥 活用法에 對한 高찰. 대한한의학회지. 2018. 31(4).
<https://doi.org/10.14369/JKMC.2018.31.4.001>
 13. 안진희, 김도훈. 溫病學 辛開苦降法과 『脾胃論』 脾胃病 治療 基原에 對한 高찰. 대한한의학회지. 2020. 33(3).
<https://doi.org/10.14369/JKMC.2020.33.3.091>
 14. 楊時泰. 本草述鉤元. [cited at 24 Jul 2023]; Available from:
<https://jicheng.tw/tcm/book/%E6%9C%AC%E8%8D%89%E8%BF%B0%E9%89%A4%E5%85%83/index.html>
 15. 嚴世芸 主編. 金達鎬 外 4人 譯. (國譯)中醫學術史. 서울. 대성의학사. 2011.
 16. 吳謙 等編. 醫宗金鑑(上冊). 北京. 人民衛生出版社. 2002.
 17. 吳謙 等編. 醫宗金鑑 第一分冊訂正仲景全書 傷寒論注 金匱要略注. 北京. 人民衛生出版社. 1987.
 18. 吳瑭 著. 鄧紳 校注. 溫病條辨. 北京. 科學技術文獻出版社. 2010.
 19. 王燾. 外臺秘要方(上). 서울. 대성문화사. 1992.
 20. 王好古 著. 盛增秀 主編. 王好古醫學全書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2006.
 21. 劉完素. 素問玄機原病式. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007.
 22. 은석민. 李東垣이 論한 陰火의 實質에 對한 研究. 대한한의학회지. 2012. 25(4).
<https://doi.org/10.14369/SKMC.2012.25.4.005>
 23. 李杲. 內外傷辨惑論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007.
 24. 李杲. 東垣試效方. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007.
 25. 李杲. 脾胃論. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007.
 26. 李杲. 珍珠囊藥性賦. 金元四大家醫學全書 上. 서울. 法仁文化社. 2007.
 27. 이봉우, 김병탁. 痞證의 개념(概念)과 병인(病因), 병기(病機) 및 치법(治法)에 關한 문헌적(文獻的) 高찰(考察). 혜화의학회지. 1992. 1(2).
 28. 李時珍 編著. 張守康 外 3人 主校. 本草綱目. 北京. 中國中醫藥出版社. 1999.
 29. 李梴 編著. 陳柱杓 譯解. (新對譯 編註) 醫學入門. 서울. 法仁文化社. 2009.
 30. 張介賓 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 景岳全書. 서울. 범인문화사. 2007.
 31. 장우창. 論文 : 「동의수세보원(東醫壽世保元)」의 結胸(結胸) 해석 -소양인 結胸을 중심으로-. 대한한의학회지. 2015. 28(4).

- <https://doi.org/10.14369/SKMC.2015.28.4.099>
32. 張元素 著. 金容辰, 趙學俊 編譯. 醫學啓源. 대전. 주민출판사. 2003.
 33. 全國韓醫科大學 本草學共同教材 編纂委員會 編著. 本草學. 서울. 永林社. 2016.
 34. 전국한의과대학 비계내과학교실. 脾系內科學. 파주. 군자출판사. 2008.
 35. 정종안 外 5人. 結胸의 병인병리에 대한 문헌적 고찰. 동의생리병리학회지. 2006. 20(6).
 36. 조병일. 『金匱要略·奔豚氣病』과 『胸痺心痛短病脈證治』에 대한 研究. 대전대학교대학원 석사학위논문. 2004. 대전
 37. 조원준. 瀉心湯證에 대한 柯琴의 병리관. 동의생리병리학회지. 2009. 23(4).
 38. 조학준. 『醫學入門』에 반영된 痞病의 發展過程, 대한한의학원전학회지. 2011. 24(5).
 39. 朱肱. 活人書. 北京. 中國中醫藥出版社. 2009.
 40. 周揚俊. 金匱玉函經二注. 續修四庫全書 989, 子部, 醫家類. 上海. 上海古籍出版社. 2002.
 41. 周岩. 本草思辨錄. 本草四家合集. 太原. 山西科學技術出版社. 2010.
 42. 朱震亨. 丹溪心法. 北京. 人民衛生出版社. 2006.
 43. 蔡仁植 著. 傷寒論譯註. 서울. 高文社. 1975.
 44. 鄒澍 著. 金善鎬 懸吐譯. 本經疏證(下). 대전. 주민출판사. 2012.
 45. 한의학제학 공동교재 편찬위원회 編著. 韓醫方劑學. 파주. 군자출판사. 2020.
 46. 許浚 原著. 李南九 懸吐註釋. 懸吐註釋 東醫寶鑑. 서울. 법인문화사. 2011.
 47. 黃宮繡. 本草求真. 北京. 人民衛生出版社. 1987.