

# 위식도 역류질환의 전형적 증상에 대한 한의학적 고찰 - 『東醫寶鑑』과 『景岳全書』의 吞酸條 대비를 중심으로 -

수원하나요양병원 한방원장  
김연태\*

## A Korean Medical Study On The Typical Symptoms of GERD -Based on the Comparison between the *Donguibogam* and *Jingyue Quanshu* -

Kim Yeontae\*

Korean Medical Director at the Suwon Hana Nursing Hospital

**Objectives** : To study the Korean Medical understanding of the overview, typical symptoms, mechanism and treatment of GERD in the *Donguibogam* and *Jingyue Quanshu* focusing on the 'Tunsuan[吞酸, acid reflux]' text.

**Methods** : Comparison between the two medical texts in terms of overview, mechanism and treatment of the condition was made, followed by examination of medical texts of the Four Great Physicians of Jin Yuan to determine the origins that lead to such differences.

**Results** : In the *Donguibogam*, the major mechanism of the illness was understood as Dampness Heat, following the theories of Liu Hejian and Zhu Danxi. In the *Jingyue Quanshu*, such perspective was criticized, and it was understood as Spleen-Stomach Deficient Coldness, following the theory of Li Dongyuan.

**Conclusions** : Rather than seeing the two different understandings as contradictory, the illness should be approached with an integrative understanding of the two theories as complementary of each other.

**Key Words** : Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), tunsuan, tusuan, Donguibogam, Jingyue Quanshu

\* Corresponding author : Kim Yeontae.

Korean Medicine at Suwon Hana Convalescent Hospital, 206, Geumgok-ro, Suwon-si, Gyeonggi-do, Korea.

Tel: +82-31-295-1190. E-mail : guitarhani@naver.com.

저자는 본 논문의 내용과 관련하여 그 어떠한 이해 상충도 없습니다.

Received(Oct 20, 2024), Revised(Nov 6, 2024), Accepted(Nov 7, 2024)

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. 서론

위식도 역류질환(gastroesophageal reflux disease, GERD)이란 위산이 식도 내로 역류하여 불편한 임상 증상을 유발하거나, 식도에 조직 손상을 일으켜 형태학적 변화를 야기하는 질환을 말한다. 위식도 역류질환은 세계적으로 증가 추세인데, 우리나라를 비롯한 아시아 국가의 유병률은 대략 10% 미만이지만, 식습관의 서구화와 고령인구의 증가 등으로 인해 유병률은 점차 증가하는 추세이다.<sup>1)</sup> 양방에서는 위식도 역류질환에 대한 일차 치료제로 보통 양성자 펌프 억제제(proton pump inhibitor, PPI)를 사용하는데, 이는 장기간 복용 시 폐렴·고관절 및 척추골절·장관 내 감염 위험 증가·위저선 용종 증가·항혈소판제의 효과 감소 등과 같은 부작용이 발생할 수 있다. 또한 치료에 불응성인 경우가 있고, 초기 증상 완화 효과가 뚜렷하더라도 투약 중지 후에는 50~80%가 재발한다고 알려져 있다.<sup>2)</sup> 이처럼 위식도 역류질환은 증가 추세에 있으나, 양방 약물 요법에는 다양한 부작용과 한계가 있는 실정므로, 이에 따라 한의학적 치료의 중요성이 대두되고 있다.

최 등<sup>3)</sup>은 중국 논문을 중심으로 역류성 식도염의 변증과 처방에 대해 고찰하였는데, 많은 연구에서 肝胃不和를 역류성 식도염의 주요 변증형으로 인식하였으며, 左金丸을 주로 사용하였다. 남<sup>4)</sup>의 연구에 따르면, 위식도 역류질환에 대한 국내 한의학 연구는 대부분 실험 논문과 임상 논문을 위주로 진행되었고, 이<sup>5)</sup>가 嘔吐·吞酸·嘈雜을 중심 키워드로 하여

고전 문헌에 나타난 위식도 역류질환의 원인을 개략적으로 분석하였으나, 해당 연구는 침구 치료에 대한 문헌적 고찰을 중심으로 진행되었다. 질환에 대한 종합적인 이해와 치료 효과 제고를 위해서는 원전학적 기초 연구 또한 진행되어야 할 것으로 사료된다. 위식도 역류질환의 증상은 가슴쓰림·위산 역류와 같은 전형적 증상과 인후통·인후 이물감·기침·천식·흉통 등의 비전형적 증상으로 나뉘는데, 그 중 전형적 증상은 특히 吞酸·吐酸 등과 직접적인 연관이 있는 것으로 볼 수 있다. 이에 본 연구에서는 『東醫寶鑑』과 『景岳全書』의 吞酸條를 기준으로 兩醫書 간 대비를 통해 본 질환의 개요·병기 및 치료에 대해 종합적으로 고찰하여 향후 임상 진료를 위한 기초를 수립하고자 한다.

## II. 연구방법

본 연구에서는 다음과 같은 연구 방법론을 채택하였다.

### 1. 연구 자료의 선정

『東醫寶鑑』과 『醫學入門』, 『景岳全書』는 각각 조선 중기와 명 중·말기의 대표적 종합 의서로, 다양한 질환에 대한 기초 한의학적 지식을 확립하기 위해 반드시 학습해야 하는 서적이다. 이들 의서는 한의학적 지식뿐만 아니라 한의학 醫論의 변화 과정을 이해하기 위한 필수적인 古典으로, 위식도 역류질환과 같은 현대적 질환명을 한의학적으로 해석하는 데 있어 적합한 기초자료라고 볼 수 있다. 『醫學入門』은 『東醫寶鑑』의 주요 인용 서적 중 하나로, 『東醫寶鑑』과 내용상 유사점이 많아 『東醫寶鑑』 연구를 통해 일정 부분 학습이 가능하다. 하지만 『景岳全書』는 『東醫寶鑑』보다 成書 시기가 다소 늦어 그 내용이 『東醫寶鑑』에 인용되지 않았을 뿐만 아니라, 의학적 관점에 있어서도 『東醫寶鑑』과 차이를 보이는 부분이 존재한다. 『東醫寶鑑』은 한국 한의학의 대표 古典으로 의사학적 영향력이 매우 높아, 현재까지도 기초 연구는 물론 임상에서도 치료 기준서로서 널리 활용되고 있다. 『東醫寶鑑』은 한국 한의학에서 표준

- 1) Jorabar Singh Nirwan 외 4人. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. Scientific Reports. 2020. 10(1).
- 2) Issac E. Perry 외 5人. Potential proton pump inhibitor-related adverse effects. Annals of the New York Academy of Sciences. 2020. 1481(1). pp.43-58.
- 3) 최가영 외 6人. 역류성 식도염의 변증과 처방에 관한 문헌적 고찰 : 중국 논문 중심으로. 대한한방내과학회지. 2011. 32(1). pp.75-86.
- 4) 남현서. 위식도 역류질환에 대한 한의학 연구 경향 분석: 국내 논문을 중심으로. 대한한학회지. 2023. 44(2). pp.70-105.
- 5) 이철형. 역류성 식도염의 시대적 변화에 따른 病因病機 및 鍼灸治療에 대한 문헌고찰. 2018. CHA 의과대학대학교.

正論으로 여겨지기도 하는데, 呑酸·吐酸과 관련하여 『景岳全書』에서는 『東醫寶鑑』의 관점과는 相反되는 이론과 치료법을 제시하고 있다. 兩 醫書를 對比하고 綜合하는 正反合의 과정을 통해 각 의서의 장점과 한계를 명확히 알 수 있고, 나아가 질환에 대한 다각적인 이해와 통합적인 접근이 가능하다고 판단되어 이들 서적을 연구 대상으로 선정하였다.

## 2. 자료 분석 방법

본론은 개요·병기 및 치료의 세 부분으로 구성되어 있으며, 본론에서는 주로 兩 醫書의 내용상 차이점을 중점적으로 대비하였다. 고찰에서는 본 질환에 대한 양의학적 내용을 개략적으로 언급하고, 본론에서 논한 兩 醫書의 차이점이 발생한 연원에 대하여 金元四大家의 醫論을 참고하여 고찰하였으며, 필요에 따라 제반 의서와 현대 의학적 내용을 토대로 원문의 의미를 고찰하였다.

## 3. 원문의 번역

연구에 기재된 모든 원문은 저자가 직접 번역하였다.

# Ⅲ. 본론

## 1. 개요

『東醫寶鑑』에서는 “呑酸은 신물이 가슴을 찌르는 듯한 증상이고, 吐酸은 신물을 吐出하는 것이다.”<sup>6)</sup>, “呑酸은 吐酸과 다른데, 吐酸은 식초와 같은 신물을 吐出하는 것이다.”<sup>7)</sup>라고 하여 증상을 기준으로 呑酸과 吐酸을 구분하였다. 『景岳全書』에서는 “무릇 목구멍에서 트림이 나오고, 곧 식초와 같은 신물이心を 범하여 嘈雜을 견디기 힘든 것을 呑酸이라 이름하는데, 곧 세속에서 소위 作酸이라고 하는 것으로, 이 병은 上脘의 가장 높은 곳에 있다. 불시로 신물이 나타나 넘치는 듯하고 편치 않은 것이 이것이다.

다음으로는 呑酸처럼 가깝지는 않아 病이 上脘에 있지 않고 中焦의 胃脘 사이에 있어서, 때로 嘔惡가 많고 吐하는 바가 모두 酸한 것을 吐酸이라 하니 渥渥不行한 것이 이것이다.”<sup>8)</sup>라고 하여 呑酸과 吐酸의 증상을 보다 구체적으로 설명하고, 병변의 위치를 함께 설명하였다. 한편 『景岳全書』에서는 “본래 呑酸과 吐酸 등의 병이 없는데, 오직 간혹 우연히 嘔吐로 인해 酸하거나 苦하거나 여러 감당하기 힘든 맛의 내용물 吐出하는데 이는 모두 腸胃 中の 痰飲과 積聚가 化한 바로, 氣味가 매번 이와 같이 濁하고 惡하다. 이는 또한 病이 中脘의 아래에 있는 것으로, 다만 順하여 下行하면 사람들이 不覺하고 逆하여 上出하면 목구멍과 입이 난감할 뿐이다.”<sup>9)</sup>라고 하여 일반적인 呑酸과 吐酸 외에 신물이 嘔吐와 함께 나오는 증상을 추가적으로 설명하였는데, 이러한 上中下 병변 위치에 따른 구분은, 여타 의서와 구별되는 『景岳全書』의 주요 특징으로 볼 수 있다.

『東醫寶鑑』에서는 증상을 기준으로, 보다 간명하게 呑酸과 吐酸을 구분하였는데, 酸水刺心하는 呑酸은 가슴쓰림에 해당하고, 吐出酸水하는 吐酸은 위산 역류에 해당하는 것으로 사료된다. 『景岳全書』에서는 증상과 더불어 병변의 위치를 구체적으로 언급하였는데, 이러한 병변의 위치와 관련하여 『東醫寶鑑』에서도 “濕熱이 胃口의 上部에 있는데 飲食이 胃에 들어와 濕熱에 의해 鬱遏되면 그 飲食이 傳化하지 못하기 때문에 作酸한 것이다.”<sup>10)</sup>라고 하여 作酸, 즉 呑酸과 관련된 병변의 위치를 胃口의 上部라고 언급하였다. 이러한 胃口 上部와 『景岳全書』에서 언급한 上脘의 最高之處는 표현 상의 차이만 있을 뿐 의미는 대동소이한 것으로 볼 수 있으며, 이는 해부학적으로

6) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.436. “呑酸者, 水刺心也. 吐酸者, 吐出酸水也.”

7) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “呑酸, 與吐酸不同, 吐酸是吐出酸水如醋.”

8) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. pp.409-410. “凡喉間噯噯, 卽有酸水如醋浸心, 嘈雜不堪者, 是名呑酸, 卽俗所謂作酸也. 此病在上脘, 最高之處, 不時見酸而泛泛不寧者是也. 其次則非如呑酸之近, 不在上脘, 而在中焦胃脘之間, 時多嘔惡, 所吐皆酸, 卽名吐酸, 而渥渥不行者是也.”

9) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “本無呑酸吐酸等症, 惟或偶因嘔吐所出, 或酸或苦, 及諸不堪之味, 此皆腸胃中痰飲·積聚所化, 氣味每有濁惡如此. 此又在中脘之下者也, 但其順而下行則人所不覺; 逆而上出則喉口難堪耳.”

10) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.436. “濕熱在胃口上, 飲食入胃, 被濕熱鬱遏, 其食不得傳化, 故作酸也.”

하부식도괄약근 (lower esophageal sphincter, LES) 이 위치한 위식도접합부(gastroesophageal junction)와 위의 분문부(cardia) 및 하부 식도(lower esophagus)에 해당하는 것으로 사료된다. 한편 『景岳全書』에서는 吐酸의 병변 위치를 中焦의 胃脘之間이라고 언급하였는데, 윤<sup>11)</sup> 등의 연구에 따르면 胃脘의 구체적인 위치는 일반적으로 胃를 지칭하는 것으로 볼 수 있다. 이상의 내용을 도표로 정리하면 아래와 같다.

표 1. 呑酸과 吐酸의 차이

|        | 呑酸   | 吐酸   |
|--------|------|------|
| 증상     | 酸水刺心 | 吐出酸水 |
| 위치     | 上脘   | 胃脘   |
| 현대 증상명 | 가슴쓰림 | 위산역류 |

## 2. 병기

『東醫寶鑑』에서는 “평소에 津液이 상승하는 氣를 따라 鬱積하여 생기는데, 鬱積이 오래되면, 濕中에서 熱이 생기기 때문에 木化를 따라 마침내 酸味를 만들어내니 이러한 증상이 熱이 아니면 무엇인가.”<sup>12)</sup>라고 하여 呑酸과 吐酸의 주요 病機를 濕熱로 인식하였다. 『景岳全書』에서는 “上中の 二脘에 있는 경우 脾胃가 虛寒하여 運化가 不能한 病이 아닌 경우가 없으니, 이를 치료하려면 溫藥이 아니면 不可하고, 下脘에 있는 경우 寒熱이 모두 있으니 다만 마땅히 證에 따라 그 嘔吐를 치료하여 嘔吐가 멈추면 酸苦는 나타나지 않는다.”<sup>13)</sup>라고 하여 上中の 二脘에 있는 呑酸과 吐酸의 病機를 脾胃虛寒으로 인식하였고, “사람의 飲食이 胃에 있을 땐 오직 빨리 소화하는 것이 중요한데, 만약 胃中の 陽氣가 쇠하지

않아 소화 기능이 평소와 같다면 어찌 신물이 생기겠는가? 만약 火力이 도달하지 못하면 소화가 반드시 느려지고, 느려지면 停積이 不行하여 酸이 되고 腐가 되니 이러한 酸은 敗의 징조이다. 故로 무릇 呑酸을 앓는 이는 소화가 빠르지 않은 경우가 많고, 먹는 것이 빠르지 않은 것으로부터 점차 中滿·痞隔·泄瀉 등의 증상에 반드시 이르게 되니, 이것이 어찌 脾氣가 약하고, 胃脘의 陽이 虛한 病이 아니겠는가? 그런데도 오히려 火로 인식한다면 잘못이 없겠는가?”<sup>14)</sup>라고 하여 呑酸과 吐酸의 病本이 脾胃虛寒이 되는 所以에 대해서 구체적으로 설명하였다. 이상을 종합해보면, 『東醫寶鑑』에서는 본 질환의 주요 병기를 濕熱로 인식하였고, 『景岳全書』에서는 脾胃虛寒으로 인식한 차이가 있다.

## 3. 치료

전술한 바와 같이 『東醫寶鑑』에서는 본 질환의 주요 병기를 濕熱로 인식한 만큼 치료 처방 역시 이에 근거한 처방들로 구성되어 있는데, 특히 芩連丸<sup>15)</sup>·蒼連丸<sup>16)</sup>·蒼連湯<sup>17)</sup>·四味芩連丸<sup>18)</sup>·九味芩連丸<sup>19)</sup> 등과 같이 吳茱萸와 黃連이 포함된 처방이 주를 이룬다. 『景岳全書』에서는 “맑은 물을 嘔吐하는데 있어 古法의 二朮二陳湯이나 六君子湯은 본래 모두 正治의 法이다. 그런데 나는 일찍이 水가 泛하여 飲이 된 者가 臍下에서 上衝하는 것을 느껴 吐水가 멈추지 않는 증상을 치료할 때 理陰煎을 사용하여 효과가 신묘하였는데, 이러한 三方은 모두 적절히

11) 윤기영 외 3인. 胃脘의 부위에 대한 고찰 -관련 병증을 중심으로-. 대한한의학원전학회지. 2017. 30(4). pp.95-108.

12) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “蓋平時津液隨上升之氣鬱積而成. 鬱積之久, 濕中生熱, 故從木化, 遂作酸味, 非熱而何.”

13) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “其在 上中二脘者, 則無非脾胃虛寒, 不能運化之病, 治此者非溫不可, 其在 下脘偶出者, 則寒熱俱有, 但當因證以治其嘔吐, 嘔吐止則酸苦無從見矣.”

14) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “人之飲食在胃, 惟速化爲貴, 若胃中陽氣不衰, 而健運如常, 何酸之有. 使火力不到, 則其化必遲, 食化既遲, 則停積不行, 而爲酸爲腐, 此酸即敗之漸也. 故, 凡病呑酸者, 多見飲食不快, 自食有不快, 必漸至中滿痞隔泄瀉等症, 豈非脾氣不強, 胃脘陽虛之病, 而猶認爲火, 能無誤乎.”

15) 吳茱萸(溫湯洗焙)·黃芩(壁土炒) 各五錢, 黃連(壁土炒) 一兩, 蒼朮 七錢半.

16) 黃連 一兩半(夏月倍), 吳茱萸(冬月倍)·蒼朮·陳皮·半夏·白茯苓 各一兩.

17) 蒼朮·黃連(薑汁炒)·陳皮·半夏·赤茯苓·神麴 各一錢, 吳茱萸炒·縮砂 各五分, 甘草 三分.

18) 半夏 一兩半, 陳皮 五錢, 黃連 一兩, 吳茱萸 一錢, 桃仁二十四粒.

19) 蒼朮·黃連·黃芩(三味并土炒)·吳茱萸·陳皮·桔梗·茯苓·半夏 各一兩.

사용해야 한다.”<sup>20)</sup>라고 하여 二朮二陳湯<sup>21)</sup>·六君子湯<sup>22)</sup>·理陰煎<sup>23)</sup>을 주요 처방으로 제시하였는데, 이러한 처방은 『東醫寶鑑』의 주요 처방과 차이가 있다. 한편 『東醫寶鑑』에서는 “아침에 甘美를 먹고 해질 무렵 心腹이 刺하고 酸水を 吐出하는 것은 血虛火盛이니 四物湯 加 陳皮·黃芩·黃連·桃仁·紅花·麻仁·甘草를 사용한다.”<sup>24)</sup>라고 하여 발병 시간대에 따른 치료법을 제시하였는데, 『景岳全書』에는 기본적으로 虛寒으로 인식하였기 때문에 위와 같은 치료적 접근은 없는 것으로 파악된다. 다만 『景岳全書』에서 “만약 虛가 陰分에 있어 下焦가 煖하지 않고 水邪가 上泛하여 酸하는 경우 마땅히 理陰煎을 사용하는 것이 가장 妙하다.”<sup>25)</sup>라고 한 내용을 참고해 볼 수 있으나, 이는 下焦虛寒에 대한 치료법으로 『東醫寶鑑』의 血虛火盛과는 차이가 있다.

#### IV. 고찰

위식도 역류질환의 증상은 가슴쓰림·위산 역류와 같은 전형적 증상과 인후통·인후 이물감·기침·천식·흉통 등의 비전형적 증상으로 나뉘며, 이러한 위식도 역류질환의 다양한 증상은 한의학적으로 吞酸·吐酸·嘈雜·噎膈·咳嗽·梅核氣·心痛 등의 범주에 해당하는 것으로 사료된다. 본 논문에서는 吞酸과 吐酸을 기준으로 위식도 역류질환의 전형적 증상을 한의학적으로 연구하였는데, 본문에서 살펴본 바와 같이 『東醫寶鑑』에서는 증상을 기준으로 간명하게 吞酸과 吐酸을 구분하였고, 『景岳全書』에서는 증상의 양상

과 더불어 병변의 위치를 구체적으로 언급한 특징이 있다. 『醫學入門』에서는 “吐酸은 平時에 津液이 上升하는 氣가 鬱滯되어 痰火가 되고, 留飲이 不化하고 釀하여 酸水가 吐出하는 것이고, 吞酸은 濕熱이 肺胃에 伏하여 咯하려 해도 나오지 않고 咽하려 해도 내려가지 않으면서 宿食이 鬱遏되어 作하는 것이니, 그 원인과 치료는 동일하다.”<sup>26)</sup>라고 하여 吞酸과 吐酸의 病機를 구체적으로 설명하고, “濕이 많으면 吞酸으로 便利가 되며, 熱이 많으면 吐酸으로 便閉가 된다.”<sup>27)</sup>라고 하여 濕과 熱의 多少에 따라 吞酸과 吐酸을 구분하고 그에 따른 대변의 상태를 설명하였다. 『東醫寶鑑』에서는 “吞酸이 있으면서 大便이 閉하면 透膈湯을 사용하고 大便이 利하면 參黃丸을 사용한다.”<sup>28)</sup>라고 하여 대변 상태에 따른 치료법을 언급하긴 하였으나, 濕熱 間의 多少에 따라 吞酸과 吐酸을 구분한 『醫學入門』의 내용을 인용하지 않은 것으로 볼 때, 이러한 견해에 완전히 동의하지는 않은 것으로 보인다. 다만 이러한 『醫學入門』의 내용 역시 충분히 타당한 견해로 사료된다.

앞서 살펴본 바와 같이 『東醫寶鑑』에서는 본 질환의 주요 병기를 濕熱로 인식한 반면에, 『景岳全書』에서는 脾胃虛寒으로 인식한 차이가 있다. 『素問玄機原病式』에서는 “신 맛은 肝木의 味이다. 火가 盛하여 金을 制하여 金이 木을 平하지 못하면 肝木이 절로 甚하기 때문에 酸이 된다. 이는 마치 飲食이 뜨거우면 쉽게 시어지는 것과 같은데, 吐酸이 寒이라고 말하는 것은 잘못이다.”<sup>29)</sup>라고 하여 吐酸을 熱證으로 인식하고, 寒證으로 인식한 것을 비판하였는데, 본 질환의 病機를 濕熱로 인식한 『東醫寶鑑』의 醫論은 이러한 劉河間의 학설을 계승한 것으로 볼

20) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p. 410. “嘔吐清水, 古法二朮二陳湯, 或六君子湯, 本皆正治之法. 然, 余嘗治水泛爲飲者, 覺自臍下上衝而吐水不竭, 以理陰煎治之, 其妙如神, 故此三方, 皆宜酌用.”

21) 蒼朮(土炒)·白朮(炒)·半夏(製)·陳皮·茯苓, 各一錢, 炙甘草, 五分.

22) 四君子湯 加陳皮·半夏各一錢五分.

23) 熟地, 三五七錢, 或一二兩, 當歸, 二三錢, 或五七錢, 乾薑(炒黃色), 一二三錢, 炙甘草, 一二錢, 或加肉桂一二錢

24) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “朝食甘美, 至晡時心腹刺酸吐出, 此血虛火盛. 宜四物湯, 加陳皮·黃芩·黃連·桃仁·紅花·麻仁·甘草.”

25) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “若虛在陰分, 下焦不煖, 而水邪上泛爲酸者, 宜用理陰煎最妙.”

26) 李梴. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007. p.1498. “但吐酸, 乃平時津液, 上升之氣, 郁爲痰火, 留飲不化, 釀爲酸水吐出, 吞酸, 乃濕熱伏於肺胃, 咯不得上, 咽不得下, 宿食鬱遏而作, 其因治一也.”

27) 李梴. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007. p.1498. “惟濕多則吞而便利, 熱多則吐而使閉.”

28) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “吞酸大便閉者, 透膈湯, 大便利者, 參黃丸.”

29) 金宗瑞 주석. 金元四大家 醫學全書 上. 서울. 범인문화사. 2007. p.30. “酸者, 肝木之味也, 由火盛制金, 不能平木, 則肝木自甚, 故爲酸也. 如飲食熱則易於酸矣, 或言吐酸爲寒者, 誤也.”

수 있다. 반면 『景岳全書』에서는 “火에서 金에 이르고, 金에서 木에 이르고, 木에서 脾에 이르게 되므로 酸이 된다는 것이니, 至微한 것을 끄집어내어 이치를 풀어낸다면 결국 돌고 돌아 이와 같이 될 수 있는 것으로, 사슴을 가리켜 말이라고 한들 어찌 정당화할 구실이 없을까 걱정하겠는가.”<sup>30)</sup>라고 하여 劉河間의 ‘火盛制金, 不能平木’을 직접적으로 비판하고, “火가 衰하여 土를 生하지 못하면 脾氣가 虛하여 肝邪가 侮하기 때문에 酸이 된다.”<sup>31)</sup>라고 하여 吐酸이 寒證임을 주장하였다. 『素問玄機原病式』에서는 “사람이 寒에 傷하면 病熱한다.”<sup>32)</sup>를 근거로 하여 “內傷冷物로 유발된 吞酸과 吐酸은 (중략) 大汗으로 熱을 배출하거나, (중략) 溫藥으로 散하면 이는 解表시키는 의미이니, 腸胃의 結滯가 開通되고 佛熱이 散하여 和하게 된다.”<sup>33)</sup>고 하였는데, 이에 대해 『景岳全書』에서는 『內經』의 “사람이 寒에 傷하면 病熱한다.”는 내용은 傷寒의 寒邪가 表에 있으면 三陽의 發熱이 되고 傳裏하면 陽明의 內熱이 된다는 의미이지, 內傷冷物에 해당하는 내용이 아님을 언급하였다.<sup>34)</sup> 또한 『素問玄機原病式』의 “무릇 안으로 冷物에 傷하면 或은 즉시 陰이 陽을 勝하여 病寒하거나, 或은 寒熱이 相擊하여 腸胃의 陽氣가 佛鬱하여 熱이 되니, 역시 안으로 冷物에 傷하여도 도리어 病熱한 경우가 있다.”<sup>35)</sup>라는 견해에 대해 『景岳全書』에서는 “氣血이 強盛한 사람이 우연히 날 것, 차가

운 음식 등에 傷한 것이 오래도록 제거되지 않고 鬱滯하여 熱이 되는 것은 鬱久化熱한 것으로 간혹 이러한 경우는 있으나 어찌 날 것, 차가운 음식으로 인해 도리어 熱이 나겠는가.”<sup>36)</sup>라고 하여 體實한 사람의 鬱久化熱과 단순히 冷物로 인해 反熱하는 것을 구분하여 설명하였다. 다만 저자가 판단하기에, 劉河間이 언급한 腸胃의 陽氣가 佛鬱하여 熱이 되는 병리적 과정은 張景岳이 언급한 鬱久化熱과는 다분히 유사한 내용으로 사료되며, 또한 張景岳이 스스로 氣血強盛人에게만 이러한 병리적 반응이 나타난다고 언급하였음에도, 이에 대해 다시 生冷으로 인해 反熱한 경우는 없다고 단정하는 것은 논리적으로 다소 모순이 있다고 사료된다. 한편 『素問玄機原病式』의 본문 내용<sup>37)</sup>과 『景岳全書』에 인용된 『素問玄機原病式』의 내용<sup>38)</sup>은 다소 차이를 보인다. 『素問玄機原病式』의 본문 내용을 살펴보면, 劉河間은 분명히 內傷冷物로 인한 증상이 微하여 中酸(輕症의 吞酸)의 증상만 있는 경우에는 溫藥으로 散한다고 하였다. 하지만 張景岳이 인용한 내용을 토대로 살펴보면 劉河間이 마치 大汗의 治法만을 제시한 것으로 오해할 우려가 있다. 이러한 溫藥 등을 사용한 治法으로 미루어 볼 때, 劉河間도 역시 內傷生冷로 인해 유발된 吞酸과 吐酸의 초기에는 寒證이 있을 수 있음을 인식한 것으로 볼 수 있다. 그럼에도 ‘吐酸이 寒이라고 말하는 것은 잘못이다’라고 언급한 것은, 만성화된 吞酸과 吐酸은 결국 모두 熱에 해당한다고 인식하였기 때문으로 사료된다. 劉河間이 언급한 吞酸과 吐酸 초기의 경증은 비록 寒이라 이름 붙이지

30) 張介賓 校勘 景岳全書, 서울, 정담. 1999. p.408. “由火及金, 由金及木, 由木及脾, 所以爲酸, 若發微談理, 果可轉摺如此, 則指鹿爲馬, 何患無辭.”

31) 張介賓 校勘 景岳全書, 서울, 정담. 1999. p.408. “火衰不能生土, 則脾氣虛而肝邪侮之, 故爲酸也.”

32) 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 上. 서울. 법인문화사. 2007. p.30. “人之傷於寒也, 則爲病熱.”

33) 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 上. 서울. 법인문화사. 2007. p.31. “凡內傷冷物者, (중략), 大汗熱泄身涼而愈也, (중략), 法宜溫藥散之, 亦猶解表之義, 以使腸胃結滯開通, 佛熱散而和也.”

34) 張介賓 校勘 景岳全書, 서울, 정담. 1999. p.408. “此言傷寒證, 寒邪在表, 則爲三陽之發熱, 及其傳裏, 則爲陽明之內熱, 豈以內傷冷物而亦云病熱者耶.”

35) 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 上. 서울. 법인문화사. 2007. p.31. “凡內傷冷物者, 或即陰勝陽, 而爲病寒者, 或寒熱相擊, 而致腸胃陽氣佛鬱而爲熱者, 亦有內傷冷物而反病熱.”

36) 張介賓 校勘 景岳全書, 서울, 정담. 1999. p.408. “氣血強盛之人, 偶傷生冷, 久留不去而鬱爲熱者, 此以鬱久化熱, 或亦有之, 豈果因生冷而反熱耶.”

37) 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 上. 서울. 법인문화사. 2007. p.31. “凡內傷冷物者, 或即陰勝陽, 而爲病寒者, 或寒熱相擊, 而致腸胃陽氣佛鬱而爲熱者, 亦有內傷冷物而反病熱, 得大汗熱泄身涼而愈也, 或微而不爲他病, 止爲中酸, 俗謂之醋心是也. 法宜溫藥散之, 亦猶解表之義, 以使腸胃結滯開通, 佛熱散而和也. 若久喜酸而不已, 則不宜溫之, 宜以寒藥下之, 後以涼藥調之, 結散熱去則氣和也.”

38) 張介賓 校勘 景岳全書, 서울, 정담. 1999. p.408. “凡內傷冷物者, 或即陰勝陽, 而爲病寒者, 或寒熱相擊, 而致腸胃陽氣佛鬱而爲熱者, 亦有內傷生冷而反病熱, 得大汗熱泄身涼而愈也. 若久喜酸而不已, 則不宜溫之, 宜以寒藥下之, 後以涼藥調之, 結散熱去則氣和也.”

는 않았으나, 溫藥을 사용한다는 점에서 張景岳의 脾胃虛寒說과 비교할 때 무조건 상호 모순되는 醫論만은 아닌 것으로 생각되며, 劉河間에 대한 張景岳의 비판 역시 논리적으로 다소간 미비점이 있는 것으로 보이므로, 이에 대한 추가적인 연구가 필요해 보인다.

한편 『景岳全書』에서는 “吐酸에 대한 東垣의 견해는 옳다. 『發明』에서는 『內經』의 ‘여러 가지 酸水を 嘔吐하는 것은 모두 熱에 屬한다’라고 한 내용은 上焦가 바깥에서 온 客邪를 받았다는 의미이다. 胃氣는 外邪를 받지 않았기 때문에, 嘔에 仲景은 生薑·半夏로 치료한 것이다. 雜病으로 논하면 酸水を 嘔吐하는 것은 甚하면 酸水가 心을 범하고, 그 다음은 酸水を 吐出하여 위아래의 치아가 酸澁하여 마주 댈 수 없는데, 大辛熱藥으로 치료하면 반드시 줄어든다. 酸味는 收氣로, 西方肺金의 旺이다. 寒水는 金의 子이니, 子는 母를 實하게 할 수 있기 때문에 大鹹熱한 처방으로 그 子를 瀉하고, 辛熱로 이를 佐해서 肺의 實을 瀉한다. 『病機』의 熱로 보고 이를 攻한다면, 이는 잘못된 치료이다. 雜病으로 吞酸의 輕證인 醋心은 濁氣가 하강하지 않아 中滿이 생기려는 상태인데, 어떻게 寒藥으로 이를 치료할 수 있겠는가?”<sup>39)</sup>라고 하였는데, 이로써 볼 때 본 질환의 주요 病機를 脾胃虛寒으로 인식한 張景岳은 李東垣의 學說을 계승한 것으로 볼 수 있다. 다만 저자의 조사 결과, 『景岳全書』에서 인용한 『醫學發明』 내용은 해당 서적에 기재되지 않은 것으로 파악되는데, 『醫學發明』에 내용상 결손과 오류가 많아<sup>40)</sup> 이러한 문제가 발생한 것으로 보이며, 이와 관련하여 추가적인 연구가 필요해 보인다. 한편 『東醫寶鑑』에서는 “辛

熱한 熱劑로 치료하면 반드시 낫는데, 만약 病機의 法대로 熱로 보고 공격하는 것은 잘못이다.”<sup>41)</sup>라고 하여 吞酸과 吐酸을 寒證으로 본 李東垣의 견해를 기재하였고, “內經에서 여러 가지 嘔吐酸은 모두 熱에 屬한다고 하였는데 오직 李東垣만이 寒으로 보았으니 참으로 하나로 치우친 견해다.”<sup>42)</sup>라고 하여 李東垣에 대한 비판을 함께 기재하였는데, 李東垣의 견해를 틀렸다고 단정한 것이 아니라 치우친 견해라고 언급하여 학습자로 하여금 질환에 대한 균형 잡힌 시각을 가질 수 있도록 한 특징이 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 病機의 寒熱에 대한 兩 醫書의 내용은 완전히 다르다. 『醫方集解』에서는 “諸氣와 諸飲으로 생기는 嘔吐·吞酸·反胃 등과 같은 병에 어찌 寒證이 없겠는가? 五臟은 각각 火가 있으니 五志가 이를 격동시키면 그 火가 이를 따라 일어나는데, 만약 寒으로 病이 되면 반드시 신체가 寒氣를 범하거나 寒物을 먹었을 터이니 여러 火病이 안 으로부터 생기는 것과는 다르다. 그래서 氣病이 寒으로 인한 경우는 열에 한, 둘이 되지 않는다.”<sup>43)</sup>라고 하였고, “『素問』에서 熱이라고 한 것은 그 本을 말한 것이고, 東垣이 寒이라고 한 것은 그 末을 말한 것이다. (중략) 총괄하면 이 證은 寒도 있고 熱도 있으니 執一은 不可하다.”<sup>44)</sup>라고 하였는데, 본 내용은 다소 상반적인 兩 醫書의 醫論을 절충할 수 있는 중요한 의학적 견해로 볼 수 있다. 또한 『萬病回春』에서는 “飲食이 胃에 들어왔는데 氣虛하여 運化하지 못하고 鬱積이 오래되어 濕中에서 熱이 생기고 濕熱이 相蒸하는 故로 作酸하는 것이다.”<sup>45)</sup>라고 하여 氣

39) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.408. “辨東垣吐酸之論爲是. 據『發明』曰, 『內經』言, 諸嘔吐酸, 皆屬於熱. 此上焦受外來客邪也, 胃氣不受外邪故嘔. 仲景以生薑·半夏治之. 以雜病論之, 嘔吐酸水者, 甚則酸水浸其心, 其次則吐出酸水, 令上下牙酸澁, 不能相對, 以大辛熱藥, 療之必減也. 酸味者, 收氣也, 西方肺金旺也. 寒水, 乃金之子, 子能令母實, 故用大鹹熱之劑, 瀉其子, 以辛熱爲之佐, 而瀉肺之實. 『病機』作熱攻之, 誤矣. 蓋雜病醋心, 濁氣不降, 欲爲中滿, 寒藥豈能治之乎.”

40) 楊豔紅. 李杲醫籍著作考. 河北中醫藥學報. 2012. 27(3). pp.17-18.

41) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “以辛熱劑療之, 必差矣, 若以病機之法作熱攻之者, 誤矣.”

42) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “內經, 以諸嘔吐酸, 皆屬於熱. 惟李東垣, 獨以爲寒, 誠一偏之見也.”

43) 汪昂. 原本 醫方集解. 서울. 대성문화사. 1992. p.156. “然則諸氣諸飲, 嘔吐吞酸, 反胃諸病, 將無寒證耶. 曰, 五臟各有火, 五志激之, 其火隨起, 若諸寒爲病, 必須身犯寒氣, 口食寒物, 非若諸火病自內作, 所以氣病寒者, 十無一二.”

44) 汪昂. 原本 醫方集解. 서울. 대성문화사. 1992. p.156. “『素問』言熱, 言其本也, 東垣言寒, 言其末也, 總之, 此證有寒有熱, 不可執一.”

45) 龔廷賢. 增補 萬病回春. 서울. 일증사. 1994. p.159. “飲食入胃, 氣虛不能運化, 鬱積已久, 濕中生熱, 濕熱相蒸, 故作酸也.”

虛와 濕熱을 별개의 病機로 보는 것이 아니라 종합적인 병리 과정으로 이해하였는데, 이 역시 참고할 수 있다.

치료와 관련하여 『東醫寶鑑』 吞酸條에 기재된 茱連丸·蒼連丸·蒼連湯·四味茱連丸·九味茱連丸 등은 吳茱萸와 黃連이 포함된 처방으로 이는 朱丹溪의 학설을 계승한 치료법이다. 『丹溪心法』에서는 “吞酸은 濕熱이 肝에 鬱積되어 出하여 肺胃의 間에 伏한 것이다. (중략) 마땅히 炒한 吳茱萸를 사용하여 그 性을 따라 치료해야 하니 이는 反佐의 치료법이다. 또한 반드시 炒한 黃連을 君藥으로 삼아야 한다.”<sup>46)</sup>라고 하였는데, 이러한 朱丹溪의 醫論은 劉河間의 학설을 계승한 것으로 볼 수 있다. 이와 관련하여 『景岳全書』에서는 “丹溪가 말하길 ‘酸을 治할 때는 반드시 吳茱萸를 사용해서, 그 性을 따라 치료해야 하니 곧 反佐의 치료법이다’라고 하였는데, 이는 실제로는 正治이지, 性을 따르는 게 아님을 모르고 하는 말이다. 吳茱萸는 그 性이 熱하여 中下 二焦를 가장 잘 따듯하게 하고, 그 味는 辛苦하여 酸澁의 味를 가장 잘 이기므로 이를 反佐라고 한다면 틀린 견해이다.”<sup>47)</sup>라고 朱丹溪의 견해를 전적으로 비판하였고, 黃連을 君藥으로 하여 吐酸을 치료하는 朱丹溪의 治法에 대하여 “苦味는 沈降하기 때문에 酸이 苦를 得하면 卽下하나 이는 역시 미봉책일 뿐이다. 만약 靚고 기운이 강성한사람이 우연히 積이 있거나 酒濕이 不行하여 酸이 상부를 침범한 경우에는 간혹 이러한 치료법을 쓰는데, 胃氣를 傷하지 않으면서도 下行시킬 수 있으니 상황에 따라 대처하는 것도 불가능한 것은 아니지만, 결국엔 근본을 치료하는 방법 아니다. 만약 氣體가 약한 虛弱하거나 內傷年衰한 사람이 吐酸을 앓는 경우 芩連을 함부로 사용하여 陽氣를 다시 손상시키는 것은 반드시 不可하니, 비록 苦降의 힘을 잠시 얻어도 胃氣가 더욱 傷하여 病

이 반드시 날마다 심해져 어쩔 수 없게 된다.”<sup>48)</sup>라고 하여 黃連의 무조건적인 사용보다는, 虛實에 따른 활용을 강조하였다. 또한 『景岳全書』에서는 “吞酸과 吐酸을 治할 때는 마땅히 虛實의 微甚과 年力의 盛衰를 변별하여야 하는데, 實者는 그 標를 치료하는 것이 가능하지만, 虛者는 반드시 그 本을 치료해야 한다.”<sup>49)</sup>라고 하여, 虛實에 따른 標本의 치료를 강조하였는데, 張景岳이 말한 本은 脾胃虛寒으로 볼 수 있으며, 이는 다른 의서들의 標本에 대한 인식과 차이를 보이는 부분으로 볼 수 있다. 治標와 관련하여, “胃氣가 衰하지 않고 靚어, 寒이나 食이 우연히 積한 枳가 있어 酸이 된 경우는 마땅히 行滯溫平하는 약을 사용한다.”<sup>50)</sup>라고 하였으며, “二陳湯·平胃散·和胃飲·藿香安胃散 등을 사용하였고, “脾胃의 氣가 虛하거나 中年에 漸弱해져서 飲食이 減少하고 吞酸이 時見하면 다만 마땅히 溫補脾胃해야 하는데, 理中湯·溫胃飲·聖朮煎과 같은 약으로 위주로 해야지, 淸涼·消耗시키는 藥은 절대 不可하다.”<sup>51)</sup>라고 하였는데, 이러한 虛實과 年齡에 따른 치료적 접근은 양 의학과 大別되는 한의학의 주요 강점이며, 동시에 『東醫寶鑑』의 미비점을 보충할 수 있는 내용으로 볼 수 있다.

『東醫寶鑑』에서는 “中酸일 경우 기름진 음식을 먹는 것이 마땅하지 않은 이유는, 이러한 음식들은 氣를 鬱滯시켜 通暢하지 못하게 하기 때문이니, 현미와 채소를 먹어서 氣를 通利시켜야 한다.”<sup>52)</sup> “吞

46) 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 下. 서울. 범인문화사. 2007. p.301. “吞酸者, 濕熱鬱積於肝而出, 伏於肺胃之間, (중략) 宜用炒吳茱萸, 順其性而折之, 此反佐之法也, 必以炒黃連爲君.”

47) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “丹溪曰, 治酸必用吳茱萸, 順其性而折之, 乃反佐之法也, 不知此實正治, 非順性也. 蓋其性熱, 最能緩中下二焦, 其味辛苦, 最能勝酸澁之味, 謂之反佐, 見之過矣.”

48) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “蓋味苦沈降, 故酸得苦而卽下, 此亦揚湯止沸之法耳. 若年壯氣強, 偶有所積, 及酒濕不行, 而酸楚上泛者, 或用此法, 未必卽傷胃氣, 而亦可墜引下行, 卽權宜用之, 亦無不可, 然終非治本之道也. 若氣體略有虛弱, 及內傷年衰之輩而患吐酸者, 必不可妄用芩連再殘陽氣, 雖暫得苦降之力, 而胃氣愈傷, 則病必日甚, 而無可爲矣.”

49) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “治吞酸吐酸, 當辨虛實之微甚, 年力之盛衰, 實者可治其標, 虛者必治其本.”

50) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “胃氣未衰, 年質壯盛, 或寒或食, 偶有所積而爲酸者, 宜用行滯溫平之劑.”

51) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “脾胃氣虛, 及中年漸弱, 而飲食減少, 時見吞酸者, 惟宜溫補脾胃, 以理中湯·溫胃飲·聖朮煎之類主之, 切不可用淸涼·消耗等藥.”

52) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.437. “所以

酸은 厚味를 절제하고 반드시 蔬食으로 自養하면 病이 쉽게 낫는다.”<sup>53)</sup>라고 하여 채식 위주의 식사가 본 질환 치료에 있어서 필수적임을 강조하였는데, 이는 『丹溪心法』의 내용을 인용한 것으로, 朱丹溪의 견해를 비판한 『景岳全書』에는 기재되지 않는 내용이다. 현대적 연구에 따르면, 지방 섭취는 역류 증상을 더욱 증가시키며<sup>54)</sup>, 과일 및 채소 섭취가 본 질환의 발생 위험을 감소시키는 것으로 나타났다.<sup>55)</sup> 이처럼 『東醫寶鑑』에 기재된 식습관 관련 섭생법은 현대적 연구를 통해서도 유의성이 증명된 내용이므로, 虛實에 관계없이 질환 치료에 있어서 반드시 준수해야 할 내용으로 사료된다.

『萬病回春』에서는 “만약 呑酸과 吐酸으로 嘈雜과 心煩이 있는데 오래도록 치료하지 않으면 膈噎과 翻胃症이 된다.”<sup>56)</sup>라고 하여 呑酸과 吐酸에 대한 장기적인 예후를 설명하였다. 膈噎은 飲食이 不下하고 大便이 不通하며, 翻胃는 吐食하여 不納하는 증상적 특징을 갖고 있는데, 이는 또한 현대적 진단명 胃癌과 가장 유사한 病으로 분류된다.<sup>57)</sup> 현대적 연구에 의하면, 위식도 역류질환이 증가함에 따라 식도 선암증 (esophageal adenocarcinoma, EAC)과 위 분문부 암(gastric cardia cancer, GCC)이 증가할 것으로 예상된다는 보고가 있다.<sup>58)</sup> 장기간 위식도 역류질환을 앓은 환자는 H2 수용제 차단제나 제산제 치료 여부와 관계없이 식도 선암증의 위험이

증가하는 것으로 보고되었고<sup>59)</sup>, 역학연구에서는 양성자 펌프 억제제(proton pump inhibitors, PPIs)를 장기간 복용하면 위암 위험이 증가하는 것으로도 나타났다.<sup>60)</sup> 이처럼 위식도 역류질환은 그 자체로도 식생활에 지장을 초래하여 삶의 질 저하를 일으킬 뿐만 아니라, 장기적으로는 암 유발 요인이 될 수 있으므로 적극적인 치료가 필요하다고 할 수 있다. 하지만 현재 양방에서 행해지는 일반적인 대증 치료는 주로 외부적으로 나타나는 증상만을 조절하는 데 주안점을 두기 때문에, 질환에 대한 근본적인 접근이 어려운 뿐만 아니라 심지어 암 발생의 위험 요인으로도 작용할 수 있다. 그러므로 근본적인 한의학적 치료와 올바른 생활습관 교정을 병행하는 것이 질환 치료에 있어서 필수적이라고 사료된다.

본 연구에서 살펴본 兩 醫書의 주요 차이점을 도표로 정리하면 아래와 같다.

표 2. 兩 醫書의 주요 차이점

|         | 『東醫寶鑑』                    | 『景岳全書』           |
|---------|---------------------------|------------------|
| 개요      | 증상 위주의 간명한 구분             | 병변 위치에 따른 구분     |
| 병기      | 濕熱                        | 脾胃虛寒             |
| 학문적 연관성 | 劉河間·朱丹溪                   | 李東垣              |
| 주요 처방   | 芩連丸·蒼連丸·蒼連湯·四味芩連丸·九味芩連丸 등 | 二朮二陳湯·六君子湯·理陰煎 등 |
| 차이점     | 血虛火盛型·채식 위주의 식생활          | 虛實과 年齡에 따른 접근    |

이상에서 위식도 역류질환의 전형적 증상을 한의학적으로 고찰하였다. 본 연구는 다음과 같은 한계

中酸不宜食粘滑油膩者, 謂能令氣鬱不通暢. 故宜澹糲食菜蔬者, 能令氣之通利也.”  
 53) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울, 남산당. 2017. p.437. “呑酸, 宜節厚味, 必蔬食自養, 則病易安.”  
 54) Surdea-Bloga 외 3人. Food and Gastroesophageal Reflux Disease. Current Medicinal Chemistry. 2019. 26(19). pp.3497-3511.  
 55) Keshteli 외 5人. The relationship between fruit and vegetable intake with gastroesophageal reflux disease in Iranian adults. Journal of Research in Medical Sciences. 2017. 22(1). p.125.  
 56) 龔廷賢. 增補 萬病回春. 서울, 일중사. 1994. p.159. “若是呑酸吐酸, 嘈雜心煩, 久而不治, 成膈噎翻胃症也.”  
 57) 임성우. 열격, 반위(反胃), 위암(胃癌)의 치료(治療)에 관한 문헌적(文獻的) 고찰(考察). 대한한방내과학회지. 1994. 15(2). pp.209-217.  
 58) Jin-Jo Kim. Upper Gastrointestinal Cancer and Reflux Disease. Journal of Gastric Cancer. 2013. 13(2). pp.79-85.

59) Diana C. Farrow 외 15人. Gastroesophageal reflux disease, use of H2 receptor antagonists, and risk of esophageal and gastric cancer. Cancer Causes & Control. 2000. 11. pp.231-238.  
 60) Helge L. Waldum, Øystein Sørдал, Reidar Fossmark. Proton pump inhibitors (PPIs) may cause gastric cancer - clinical consequences. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2018. 53(6). pp.639-642.

점이 있다. 첫째, 전형적 증상을 吞酸과 吐酸으로 한정하여, 噎膈·嘈雜·噯氣 등과 같은 관련 내용을 폭넓게 다루지 못했다. 둘째, 『東醫寶鑑』·『景岳全書』 이후 간행된 다양한 의서들을 연구에 포함하지 못하였다. 셋째, 李東垣 醫論과 관련된 인용문 출처에 대해 온전한 조사가 이루어지지 못하였다. 넷째, 病機 비교 위주로 연구를 진행하여 치료 처방을 구체적으로 고찰하지 못하였다. 이는 향후 연구에서 보완되어야 할 것이다. 살펴본 바와 같이, 劉河間의 학설을 계승한 『東醫寶鑑』과 李東垣의 학설을 계승한 『景岳全書』는 吞酸·吐酸의 病機 및 치료와 관련하여 서로 극명한 견해 차이를 보이고 있다. 이러한 兩 醫書를 상호 비판적 이해하기보다는, 正反合의 과정을 통해 이론적 차이를 종합하여, 본 질환을 다각적인 관점에서 이해해야 할 것이다. 『景岳全書』에서는 “만약 熱症이나 熱脈이라고 근거할 것이 없이 그저 濕中에서 熱이 생긴다는 견해에 집착하여 強弱을 구분하지 않고 단지 寒涼한 약만을 사용하면 잘못되지 않는 경우가 없을 것이다.”<sup>61)</sup>라고 하였다. 이는 虛寒證의 경우 역시 마찬가지로, 虛寒證이나 虛寒脈이라고 판단할 근거가 없는데도 『景岳全書』의 脾胃虛寒說을 執하면 안 될 것이다. 한의학에서 변증은 중요한 치료적 접근법이다. 본 질환을 단일 病機로 귀결시키는 보다는, 兩 醫書의 내용을 종합적으로 이해하여 虛實 변증의 準據로서 활용해야 할 필요가 있다고 본다. 寒證에 대한 치료는 『景岳全書』를 참고하고, 熱證에 대한 치료는 『東醫寶鑑』을 참고하여, 兩 醫書의 미비점을 상호 보완하여 임상에 활용한다면, 치료 효과를 제고시킬 수 있을 것으로 사료된다.

## V. 결론

1. 위식도 역류질환의 전형적 증상인 가슴쓰림·위산역류는 각각 吞酸·吐酸과 직접적인 관련이 있다.

2. 『東醫寶鑑』에서는 劉河間과 朱丹溪의 학설을 계승하여 본 질환의 주요 病機를 濕熱로 인식한 반면에, 『景岳全書』에서는 이를 적극 비판하고 李東垣의 학설을 계승하여 脾胃虛寒으로 인식하였다.
3. 『東醫寶鑑』에 기재된 저녁에 악화되는 血虛火盛型과 채식 위주의 식생활 등은 『景岳全書』 吞酸條에 기재되지 않은 내용이고, 『景岳全書』에 기재된 虛實과 年齡에 따른 치료적 접근은 『東醫寶鑑』 吞酸條에 기재되지 않은 내용이다.
4. 兩 醫書의 내용을 상호 모순적으로 받아들이기보다는, 상호 보완적으로 이해하여 질환에 대해 종합적으로 접근하는 것이 중요하다.
5. 본 질환은 삶의 질을 저하시킬 뿐만 아니라, 암과 같은 증병으로 악화될 우려가 있으므로 한의학적 치료와 채식 위주의 식생활을 통한 근본적인 접근이 필요하다.

## References

1. 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017.
2. 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999.
3. 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 上. 서울. 법인문화사. 2007.
4. 진주표 주석. 金元四大家 醫學全書 下. 서울. 법인문화사. 2007.
5. 李梴. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007.
6. 龔廷賢. 增補 萬病回春. 서울. 일중사. 1994.
7. 汪昂. 原本 醫方集解. 서울. 대성문화사. 1992.
8. 최가영 외 6인. 역류성 식도염의 변증과 처방에 관한 문헌적 고찰 : 중국 논문 중심으로. 대한한방내과학회지. 2011. 32(1).
9. 남현서. 위식도 역류질환에 대한 한의학 연구 경향 분석: 국내 논문을 중심으로. 대한한의학회지. 2023. 44(2).
10. 이철형. 역류성 식도염의 시대적 변화에 따

61) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.410. “若無熱症熱脈可據, 而執言濕中生熱, 無分強弱, 惟用寒涼, 則未有不誤者矣.”

- 른 病因病機 및 鍼灸治療에 대한 문헌고찰. 2018. CHA 의과학대학교.
11. 윤기령 外 3人. 胃脘의 부위에 대한 고찰 - 관련 병증을 중심으로-. 대한한의학원전학회지. 2017. 30(4).
12. 임성우. 열격, 반위(反胃), 위암(胃癌)의 치료(治療)에 관한 문헌적(文獻的) 고찰(考察). 대한한방내과학회지. 1994. 15(2).
13. Jorabar Singh Nirwan 外 4人. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. Scientific Reports. 2020. 10(1).  
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-62795-1>
14. Issac E. Perry 外 5人. Potential proton pump inhibitor-related adverse effects. Annals of the New York Academy of Sciences. 2020. 1481(1).  
<https://doi.org/10.1111/nyas.14428>
15. Surdea-Blaga 外 3人. Food and Gastroesophageal Reflux Disease. Current Medicinal Chemistry. 2019. 26(19).  
<https://doi.org/10.2174/0929867324666170515123807>
16. Keshteli 外 5人. The relationship between fruit and vegetable intake with gastroesophageal reflux disease in Iranian adults. Journal of Research in Medical Sciences. 2017. 22(1).  
[https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS\\_283\\_17](https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_283_17)
17. Jin-Jo Kim. Upper Gastrointestinal Cancer and Reflux Disease. Journal of Gastric Cancer. 2013. 13(2).  
<https://doi.org/10.5230/jgc.2013.13.2.79>
18. Diana C. Farrow 外 15人. Gastroesophageal reflux disease, use of H2 receptor antagonists, and risk of esophageal and gastric cancer. Cancer Causes & Control. 2000. 11.
19. Helge L. Waldum, Øystein Sørдал, Reidar Fossmark. Proton pump inhibitors (PPIs) may cause gastric cancer - clinical consequences. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2018. 53(6).  
<https://doi.org/10.1080/00365521.2018.1450442>
20. 楊豔紅. 李杲醫籍著作考. 河北中醫藥學報. 2012. 27(3).