

한의진단명과 진단요건의 표준화 연구

최 선미·양 기상

한국한의학연구소 기초연구부 기초이론연구실

- 촉탁연구원 : 최승훈(경희대학교 한의과대학 병리학교수)
 박경모(경희대학교 한의과대학원 석사과정)
 김정범(경산대학교 한의과대학 병리학교수)
 이능기(경희대학교 한의과대학원 석사과정)
 이항재(경희대학교 한의과대학원 석사과정)
- 자문연구원 : 정우열(원광대학교 한의과대학 병리학교수)
 안규석(경희대학교 한의과대학 병리학교수)
 엄현섭(동의대학교 한의과대학 병리학교수)
 전병훈(원광대학교 한의과대학 병리학교수)
 하지용(상지대학교 한의과대학 병리학교수)
 정찬길(세명대학교 한의과대학 병리학교수)
 지규용(세명대학교 한의과대학 진단학교수)
 김준기(동국대학교 한의과대학 병리학교수)
 권영규(경산대학교 한의과대학 생리학교수)
 정현우(동신대학교 한의과대학 병리학교수)
 김성훈(대전대학교 한의과대학 병리학교수)
 이광호(대전대학교 한의과대학 병리학장사)
 박종현(경원대학교 한의과대학 병리학장사)

corresponding author : K.S.Yang.

= Abstract =

Standardization and unification of the terms and conditions used for diagnosis in oriental medicine

Choi sun mi, O.M.D., and Ki-Sang, Yang, Ph.D.
 Depart. of medical science and research of KIOM

The terminology used for oriental medicine has not yet been standardized so far and this might cause the problems in developing theories and clinical research of oriental medicine. To establish scientific background of oriental medicine, it is required that all the terminology used for oriental medicine should be standardized and unified. For more efficient oriental medical practice, the standardization, unification of the terms and conditions used for diagnosis in oriental medicine should be achieved.

The aim of this study are as follows;

1. To provide clear and logical systems for the diagnosis of symptoms and diseases.
2. To provide the theoretical clearness of oriental medicine and to promote the public facilities for study.
3. To provide ways of idea exchange and understanding between oriental medicine and various biological sciences.
4. To provide practical basis for hospital administration for oriental medicine.

【Key words】 standardization of the terminology, unification of the terms, condition used for diagnosis, diagnosis pattern(證)

I. 서론

1. 연구 필요성

현재 국내에서 사용되고 있는 한의학 용어는 용어의 표준화가 거의 이루어지지 않은 실정이며, 그로 말미암아 기초 학문과 임상 분야에서의 정확한 의사소통과 상호 유기적인 연구가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 과거 일부의 증상명과 진단명이 대한한의학회에 의해 정해진바 있으나,¹⁾ 용어의 선별과 정리에 원칙이

없고 학문적인 정보교환에 부적합하여 실용적이지 못한 문제점이 있었다. 이러한 한의학계의 후진적인 상황은 주변 학문으로부터 그 내용이나 가치와는 무관하게 한의학이 비과학적이라는 평가를 받는 근거가 되곤 하였다.

어떠한 학문이 과학성을 가진다는 것은 현실에 대한 합리적인 설명체계를 가지고 있으며, 경험의 수량화를 통한 보편적인 인식이 있어야 하고, 정확한 예측이 가능해야 한다는 의미이다. 즉, 한의학이 과학성을 가진다는 것은 인체의 질병에 대한 합리적인 설명체계를 가지며, 진단 및 처방에 보편성이 있고, 예후에 대한 정확한 예측이 가능함을 의미하게 된다²⁾.

그렇다면 한의학의 과학성 확보를 위해서 가장 기본적인 선결조건은 무엇인가? 그것은 용어의 표준화 및 통일이다. 이는 모든 학문분야에서 이룩한 성과의 효율적인 누적과 중복된 투자방지 그리고 객관적이고 정확한 정보전달을 위한 선행조건인데, 이를 위해서는 체계적이고 종합적인 연구를 통한 표준화가 필요하게 된다.

최근 한의학계에서는 학문적인 방법론에 대한 관심이 점차 증가하고 있으며, 대외적으로도 개방의 물결과 함께 주변 학문과의 교류가 활발하게 되었다. 이에 즈음하여 용어의 표준화와 통일은 가장 먼저 이루어져야 하는 선결과제이며, 그 중에서도 특히 진단명과 진단요건의 표준화는 가장 핵심적인 내용을 이룬다고 볼수 있다.

현재, 한의학의 진단체계는 풍부한 임상 경험에 비해 체계화되어 있지 않고 진단방법과 용어 사용이 제대로 정립되어 있지 못한 실정이다. 최근에도 임상 각 분야에서 새로운 성과들이 나오고 있지만, 이를 정확하게 표현하고 자료화시킬 진단체계의 표준이 없는 실정이다. 따라서 진단분야의 표준화 작업을 통하여 다음의 사항들을 실현해야 한다.

- ① 임상에서 증(證)과 병(病)³⁾의 진단에 대하여 질서정연한 체계를 제공하고,
- ② 이론의 명확성과 학습과 보급의 편리성을 높이며,
- ③ 정보검색과 학술교류의 편리를 도모하여 한의학이 주변 과학 분야와 원활하게 교류할 수 있도록 하고,

1) 대한한 의사협회 편. 『한국표준질병사인분류(한의학)』. 서울:대한한 의사협회, 1994.

2) 최승훈. 醫者 醫也. 한의신문 1994년 12월 12일 제 716호.

3) 증(證)에 비해서 한의학 이론체계안에서의 비중이 낮기는 하지만 병(病)에 대한 연구도 반드시 필요하다.

④ 더 나아가 진단서 발부나 의료보험 처리와 같은 의료 행정적인 면에서도 한의학 실정에 맞는 근거를 제공하게 된다.

진단명과 진단요건의 형식은 진단의 내용에 의해서 결정되는 것이기 때문에 본 연구는 실제 임상과 상반되는 어떤 절대적인 양식을 추구하는 것이 아니라, 임상에서 보편적으로 통용될 수 있는 기본적인 틀을 제시함을 목표로 하고 있다.

2. 한의 진단

진단의 과정은 질병⁴⁾을 인식(identify)하고 질환⁵⁾을 평가(evaluate)하는 지적(知的), 기술적(技術的)인 작업의 종합이다⁶⁾. 진단은 넓은 의미에서 보면 환자로부터 정보를 획득하여 기록하는 과정을 통해, 자료를 분석하고 적절한 진찰과 예후를 종합하는 중간과정을 지칭하여 말하는데, 바로 이 과정에서 진단명과 진단요건이 필요한 것이다.

한의학의 진단은 망문문절의 네가지 방법을 이용하여 질병에 의한 증상(症狀), 체징(體徵)을 이해하고 아울러 변증의 이론을 이용하여 정확한 판단을 이끌어 내는 것이다. 이러한 질병 인식의 과정을 진단이라고 한다. 즉, 한의진단은 '사실을 통한 정보획득-진법(診法)'과 '정보를 바탕으로 한 사유-변증(辨證)'으로 요약할 수 있다.

한의진단은 진법(診法)을 제외하고 보면 변증(辨證), 변병(辨病), 증상감별진단 등으로 나뉘어진다. 변병진단은 상풍(傷風), 마진, 수두, 치루 등과 같이 '한의병명'이라고 할 수 있는 것으로 나뉘며, 증상감별은 발열, 오한, 두통 등과 같은 증상과 체징(體徵)들의 진단의의를 감별하는 과정이다⁷⁾.

그러나, 한의병명은 엄밀히 말하면 환자에게서 나타나는 주되고 특징적인 증상과 체징만 표현하는 경우가 대부분이다. 또한, 증상감별은 진단의 한 과정이지 하나의 체계는 아니다. 그래서, 결국 변병(辨病)⁸⁾이나 증상감별은 결국 변증의 한 부분이며, 변증의 연속선상에 놓여 있다고 할 수 있다⁹⁾. 즉, 변증은 병명 진단이

4) 인식과정을 거친 정리된 결론

5) 임상적인 환자의 상태

6) R.H.Major 원저, 신영기 편저. 『임상진단학』. 서울:계축문화사, 1987:1-3.

7) 최근 중국에서도 증상감별(症狀鑑別)진단학, 질병진단학, 증후감별(證候鑑別)진단학 등으로 나뉘어서 책이 저술되고 있다.

8) 한의병명을 지칭

나 증상의 감별로만 끝나는 것이 아니며, 환자와 질병에 대한 유기적인 종합과 요약의 과정으로 연계되는 것이다.

또한 변증의 형태에는 증명(證名)을 진단명으로 도출하는 증후(證候)변증을 기본으로, 처방을 증의 이름으로 하는 방제변증, 서양의학의 임상검사치를 증의 도출에 이용하는 미관변증(微觀辨證), 서양의학의 X-선 진단이나 내시경 진단 등을 이용하는 영상변증 등이 있다.

변증에 의한 치료외에도 ‘절치(截治)’¹⁰⁾와 같은 치료체계가 있는데, 이것은 병인(病因) 제거를 목적으로 하는 치료방법이다. 결국 이들도 한의학 고유의 경험에서 출발한 병인 진단법이며, 앞으로 더욱 발전시켜야 할 부분이긴 하지만, 한약의 복합처방으로 이루어지는 대부분의 실제 임상에서는 변증이 주류를 이루고 있다. 따라서 본 연구에서는 한의학진단은 변증辨證으로, 진단명은 증명證名으로 한정지어 논하고자 한다.

3. 연구 범위

본 『한의학진단명과 진단요건의 표준화연구』는 1차년도에는 ‘증과 변증에 대한 광범위한 기초 이론 연구’를 선행하여 개별증(個別證)의 표준화 원칙을 결정하고, 2-3차년도는 변증체계, 변증지표, 진단요건 등의 표준화 작업을 실행하게 될 것이다¹¹⁾. 표준화 작업시에는 일단 기초적인 변증요건으로 내과질환에서 주로 다루는 증후를 위주로 진행한다. 즉, 임상에서 빈번하게 나타나는 증후(證候)들을 우선 다루며, 임상 각과에서 취급하는 질환의 증(證)은 임상 각과 전문가들과의 공동연구를 통해서 계속적으로 연구해 나갈 것이다.

9) 新陳. 辨證論治層次. 中國醫學學報 1988;3(5):73-75.

新陳. 辨證論治的體系. 中國醫學學報 1988;3(6):70-72.

10) 절치(截治)는 질병을 인과론적 대응으로 인식함으로써 종적인 질병개념을 가지며 일반적으로 특이성 병인으로서 병명을 삼는다. 그 결과 절치(截治)는 병인 치료이고 질병의 발생 발전을 정지시키고 “증을 다스리지 않아도 증이 자연이 없어지는 효과”를 기대한다.

11) 본 보고서는 1차년도 연구보고서이기 때문에 ‘증과 변증에 대한 기초연구와 표준화원칙’만을 제시하고 있다.

4. 연구 방법론

본 연구는 '기초이론연구'와 '실제 표준화 작업'으로 나누어지며¹²⁾, 1994년 12월 부터 1995년 9월까지 수행된 기초이론 연구는 다음의 4개항으로 요약할수 있다.

- ① 증(證)의 개념과 그 구조
- ② 변증논치체계
- ③ 증명(證名)의 명명과 증후(證候) 형식
- ④ 구체적인 증의 정리원칙

이외에도 증의 현대연구 등과 더불어 변증에 관한 전반적인 이론을 다루게 된다. 이러한 기초 연구를 바탕으로 2-3차 년도에 진행될 실제 표준화 작업은 다음의 네 항목이다.

- ① 변증체계의 정리
- ② 증형(證型)의 분류
- ③ 증(證)의 명명
- ④ 각 증의 변증요건

위의 표준화 연구에 대한 방법론은 다음과 같이 대별할 수 있다.

첫째, 문헌정리 방법으로 현재 표준화 연구의 기본적인 방법이다. 역대의 서적과 최근의 진단과 변증에 대한 연구성과를 수집, 정리하여 전국적인 규모¹³⁾의 토론을 거쳐서 표준안을 도출하는 방법이다.

둘째, 역학과 통계학적인 방법이다. 이것은 변증의 분형과 증의 구성요건을 결정하는데 주로 이용된다. 내원 환자에 대하여 역학조사방법을 통하여 환자의 인구학적 변인과 사진(四診)을 통한 복합적인 자료를 획득하고 증상의 정도, 출현율, 빈도 등에 따른 변인들의 상관성을 분석하여 각 증후의 표준안을 검증하거나 증들의 경계를 명확히 설정하고, 새로운 증들을 발견하는 등의 작업을 하게 된다.

셋째, 수학적 방법은 주로 증의 수학적인 모형을 만드는 것이다. 상관분석을 통해 회귀방정식을 유도하는 것 외에도 무작위로 나타나는 실제 정보를 이용하여 증을 표준화시키고 임상에서 사용할 수 있는 진단 모형을 만드는 방법이다. 이 방법은 역학과 통계적인 방법과 밀접한 관련이 있으며 그에 대한 이론적 배경을 제공하는 구실을 하기도 한다.

12) 연구일정은 부록참고

13) 현재 전국 한의과 대학의 병리학 전공 교수들이 참가하고 있다. 부록참고

내제, 전문가 시스템은 표준안을 데이터베이스화 하여 실제 임상에서 사용할 수 있도록 제작하는 것이다. 이것은 임상과 기초의 긴밀한 되먹임장치를 확보하게 해준다¹⁴⁾.

현재까지 이 분야의 연구 성과를 살펴보면, 중국의 경우 일찌기 변증표준화 작업의 중요성을 인식하고 국가 사업으로서 대규모의 연구를 착수하였다. 1982년 廣州 ‘全國中西醫結合虛證與老年病防治學術大會’에서 허증(虛證)의 변증참고표준을 제정하였으며, 역시 1982년에 ‘상해 제1차 활혈화어연구 학술회(上海第1次活血化癥研究學術會議)’에서는 「혈어증진단시행표준(血瘀證診斷試行標準)」을 제정하였다. 그후 1983년에 본격적으로 ‘중의증후규범연구(中醫證候規範研究)’ 팀(team)을 결성하였으며, 1984년에는 북경 「중의증후규범(中醫證候規範)」 제 1차 편집회의 및 학술토론회’에서는 증후(證候)의 개념 및 명명원칙과 증후규범의 편집 대강과 체계를 세워야 한다는 의견이 제시되었다. 90년대에 와서는 1990년 장사 ‘全國中醫病名與證候規範化研討會’를 통하여 증후와 함께 병명표준화¹⁵⁾도 중의학의 이론확립과 임상수준을 높히는데 모두 중요하다고 인식하게 되었다¹⁶⁾17).

국내에서는 70년 이후에 윤길영의 병명 통일을 위한 논의가 있었고, 1980년대에 중국에서 이루어진 체계적인 변증이론이 소개되었으며, 1990년대 초반에 현국학회에서 진단 객관화에 대한 논의를 진행한 바가 있었다¹⁸⁾. 하지만 앞에서 언급한 바와 같이 커다란 연구 성과는 없었으며, 단지 표준화 연구의 필요성에 대한 인식이 점차로 성숙되었다.

진단 표준화 작업이 진행되기 위해서는 기본 용어의 이론적인 연구와 그를 통한 정의와 사용이 기본적으로 필요하다. 그러한 명확한 정의없이 그 용어를 기본으로 해서 파생되는 모든 개념이 불분명해진다. 즉, ‘증(證)’과 ‘변증(辨證)’에

14) 祝世訥 主編. 『中醫新知識辭典』. 北京:中國醫藥技術出版社, 1992:491.

國家中醫藥管理局 編. 『建國 40年 中醫藥科技成就』. 北京:中醫古籍出版社, 1989 :72, 74-75.

15) ‘병명’에 대한 중국 학계의 관심은 80년대 말과 90년대에 본격도에 올랐다. 그 전에는 초보적인 인식 밖에 없었다.

16) 祝世訥 主編. 『中醫新知識辭典』. 北京:中國醫藥技術出版社, 1992:490-491.

17) 孟廣雲. 時代呼喚着新的理論規範. 山東中醫學院學報 1990;14(6):2-5.

18) 정우열 교수의 『변증논치란 무엇인가?』에서 그 동안 중국·한국의 변증논치 연구 성과를 잘 요약하고 있다(정우열. 辨證論治란 무엇인가?. 현국학회 월례연구 모임 1992. 9 자료집)

대한 이론적 연구없이 각 변증명과 진단요건의 표준화는 이루어 질 수 없는 것이다. 그런데 국내에서는 그러한 선행작업이 전혀 이루어지지 않았으며, 따라서 현재 모든 용어의 정의와 용법은 명확하지 않은 실정이다. 이러한 국내의 실정을 감안할 때, 기초용어의 정의, 변증의 기초이론에 대한 정리 등과 같은 기초적인 연구가 선행되어야만이 실제 표준화 연구가 진행될수 있다¹⁹⁾. 또한, 이미 진행된 중국의 선행 연구를 신중한 검토와 비판을 통해 적절하게 받아들여 연구의 중복 투자를 방지해야 하며, 한국 고유의 특징을 살릴 수 있는 연구로서 사상의학 등의 체계 역시 고려되어야 할 것이다. 또한, 2-3차의 실제 표준화 작업은 현 단계에서는 문헌학적인 방법만이 가능하며²⁰⁾, 그 외의 방법과는 그 후에 상호보완적으로 행하여져야 할것이다. 결국 이러한 과정을 통해서 한의진단 즉, 변증은 미래에 향후 같은 방향으로 진행되어야 하며 본 『한의진단명과 진단요건의 표준화 연구』는 그의 가장 기초가 되는 작업이다²¹⁾.

- ① 하나의 단일한 체계를 가진다.
- ② 개념이 명확하다.
- ③ 변증의 층차가 분명하다.
- ④ 병증(病證)과 상관있는 여러 요소들을 완전히 종합할 수 있다.
- ⑤ 적용 범위가 상한과 잡병 등 모든 병증에 적용된다.
- ⑥ 질병의 발전 상황을 파악할 수 있다.
- ⑦ 새로운 구조는 이미 누적된 변증학(辨證學)의 핵심적인 내용을 받아들이면 서도 새로운 경험과 내용을 계속 수용해 나갈 수 있어야 한다²²⁾.

19) 이러한 기초 연구의 필요성에 대해서는 간과하기 쉬운데 실제 연구를 진행하다보면 이런 연구 없이는 개별증의 정리가 불가능함을 알 수 있다. 또한, 이러한 기초 연구는 한의병리와 진단의 핵심내용을 정리하는 작업과 일치되기 때문에 그 중요성이 더해진다.

20) 연구의 초기 단계이기도 하지만, 변증의 표준화에 대한 임상연구의 실행이 현실적으로 힘든 까닭이기도 하다.

21) 본 연구에서는 둘째에서 네째 주제에 대해서는 각 장마다 그것을 고려하고 있으며 '증과 변증의 현대적 연구'에서 중점적으로 다루고 있다.

22) 孟慶雲. 辨證論治의生命力在于實踐和創新-辨證論治研究評述. 北中醫學院學報 1985; 8(6) :2-5.

II. 본 론

본론내용은 별책을 참고하시기 바랍니다.

III. 결 론

본 1차년의 연구는 서론에서 밝힌대로 기초이론 연구로서 증의 연구 변증연구 표준화연구의 3부분으로 나누어 연구 검토하였다. 이 연구 검토 결과 2-3차 연구 기간에 실행해야 할 개별증의 표준화 작업의 기본원칙을 제시코자 한다. 변증체계의 구성, 증의 분형방식, 증의 명명, 증후의 형식, 개별증후의 정리원칙으로 나누어 그 요점만을 간결하게 서술하고자 한다.

1. 변증체계의 구성

표 4. 변증체계 구도

1.기초체계 및 내과	① 기혈음양진액변증 ② 장부변증 ③ 상한변증
2.분과체계	① 외과 ② 부인과 ③ 소아과 ④ 열병熱病 i 위기영혈변증, ii삼초변증 ⑤ 안이비인후과 ⑥ 치과 ⑦ 노인병과 ⑧ 남성병과 ⑨ 종양과
3.체질변증	① 사상변증

기본적인 변증체계의 구성은 위의 표4과 같다. 도표에 대한 간략한 설명은 아래와 같다.

1-1. 기초 체계에 대해서

변증체계의 대분류는 3개로 분류된다. 그중 첫째는 가장 기본적인 변증체계이기 때문에 어떤 질환이나 기본적으로 적용될 수 있는 체계이다. 이 체계에는 ‘기혈음양진액변증(氣血陰陽津液辨證)’, ‘장부변증(臟腑辨證)’, ‘상한변증(傷寒辨證)’이 있다. 이 3체계는 이론상으로 독립적이며 각각 하나의 완전한 변증체계이다. 그러나, 실제로는 각 변증체계가 포괄하지 못하는 질환들이 있으며 또, 서로 중복되는 부분들도 있고 각각 더 자세하고 효율적인 면들을 가지고 있다.

예를 들어서 전신적인 증후 중에 대개의 허증(虛證)과 일부 실증(實證)은 ‘기혈음양진액변증’이, 대부분 ‘이상발열(異常發熱) (열증(熱證))’현상과 일부 한증(寒

證)은 '상한변증'이, 특정 기능계통과 관련이 있는 질환은 '장부변증'이 다른 변증 체계보다 더 잘 다루고 있다.

기혈음양진액변증과 상한변증은 허한증(虛寒證)의 증후들과 몇가지 전신증후(땀, 소변, 부종 등의 수분대사의 증후 등)가 서로 중복되나, 상한변증에는 표리(表裏)의 개념이 있으며, 기혈음양진액변증은 삼음상양병의 분류체계와는 다른 기혈·음양·진액의 분류체계를 가지고 있다.

상한변증과 장부변증은 전통적으로 방제변증양식과 증후변증양식으로 서로 비교가 되어 각기 다르게 보이지만 그 실제 증후에 있어서는 의외로 많은 부분이 동일하다. 단, 태양병의 표증(表證)부분에 대한 장부변증의 해석이 부족하며, 장부변증의 기능계별의 철저한 분류에 비하여 상한변증은 그 분류가 느슨하고 기능계별로 분류하기에 적합하지 않다.

기혈음양진액변증과 장부변증은 증후가 전신성인가 혹은 특정 기능계로 귀납될 수 있는가에 따라 각자 증후의 해석이 달라진다. 그런 반면에 어떤 경우는 이 증후가 전신적인가 아니면 장부에 귀속될수 있는지가 애매하기도 하다. 그래서 기혈음양진액변증의 기허증(氣虛證)과 각 장부의 기허증(비기허, 심기허, 신기허) 등과의 비교가 문제가 되곤 한다. 하지만, 전통적으로 장부변증은 각 장(臟)을 상위층차로 하여 심기허·비혈허·심음허·심화항성 등의 증후가 분형되어 나간 것이기 때문에 기허와 심기허·비기허·폐기허 등을 층차적으로 해석하기는 쉽지 않다.

이러한 체계에는 아직 풍열증·습열증·서증(風熱證·濕熱證·暑證) 등의 전신증후 가운데 일부를 잘 다루지 못한다. 또한, 담·식체·어혈(痰·食滯·瘀血)과 관계된 증후 이면서도 그것이 특정기능계에 영향을 미치는 경우에도 잘 표현하지 못한다.

1-2. 기혈진액 변증의 체계

기혈음양진액변증은 기혈에 대한 증후·음양에 대한 증후·어혈·담음에 대한 증후·일부 육음(六淫)에 대한 증후가 포괄되어 있다. 전통적으로는 이것들이 하나의 범주로 묶여 있지는 않았다. 그러나, '음양'이 '기혈'과 결합되면서 '기음양허증(氣陰兩虛證)과 같은 증후가 해석되기 시작하였고, 혈어증은 혈의 증후에 포괄되었고, 더불어 담음증·울증(痰飲證·鬱證) 등이 진액대사의 문제로서 기혈음양변증에 포괄되었다. 이러한 변증체계가 예전에는 형식적으로 하나의 체계로 묶여져 있지 않았지만 실제로는 같은 범주 안에 들어갈 수 있었던 것이다. 그것을 묶는 이유는 기혈·음양·진액 등을 인체의 구성물질로 인식하기 때문이다²³⁾.

1-3. 상한(육경)변증의 명명

상한변증은 주로 ‘육경변증(六經辨證)’이라는 용어를 사용하고 있다. 그러나, 이러한 명명은 이 변증체계를 초보자들이 경락학설에 의거해서 전용(專用)하는 변증으로 오해할 수 있는 명명이다. 또한, 실제로 ‘육경(六經)’이라는 단어를 ‘경락’의 의미로 쓴다면 여러 문제점이 발생되며²⁴⁾, 또, ‘육경(六經)’이 ‘경락의 경’이 아니고 ‘경계를 나타내는 경’²⁵⁾이라고 해도 굳이 혼동되게 ‘육경’이라는 단어를 사용할 필요는 없는 것이다.

또한, ‘삼음삼양’이라는 용어도 위와 비슷한 혼란을 야기한다. 역대 『상한론』 연구자들이 여러종류의 해석²⁶⁾을 하였으며, 이러한 해석들의 일부는 타당한 것도 있었다. 그러나, 일부 해석방법만을 취한 듯한 ‘육경’이나 ‘삼음삼양’ 등의 용어를 사용하는 것은 적절하지 않다.

그래서 『상한론』으로부터 나온 변증체계가기 때문에 ‘상한’이라는 이름을 설정하는 것이 타당하다고 생각된다. 그러나, 현대적으로 ‘상한’이라는 단어는 하나의 고유명사로 해석해야하며 ‘상한(傷寒)’을 한(寒)의 침습을 받아서만 생기는 병으로 해석하는 것은 곤란하다.

1-4. 팔강변증이 없는 이유

어떤 진단체계가든지 실질적으로 치법과 치료방제를 제시할 수 있어야 한다. 이것은 그 증후의 범위가 너무 포괄적이거나 애매한 증후는 진단명으로서 받아들일 수 없음을 의미한다. 팔강변증은 음양적인 관점으로 증후를 해석할 수 있는 방법을 제시하고 있는 중요한 체계이다. 그러나, 앞서 이야기 한 것과 같이 팔강변증은 구체적인 진단명을 도출하기에는 많은 문제를 가지고 있다. 즉, 팔강변증

23) 아직 정신精神 등을 사용한 증후는 포괄되지 않았는데, 그것은 신경이나 심心 등으로 특정기능계에 귀속시켜서 해석이 가능하기 때문이다.

24) 『상한론』의 6개병형은 12경락으로만 해석될 수는 없으며 실제로 『상한론』에서 이 6개병형을 경락으로 인식하였는가에 대해서는 많은 학자들의 반박이 있다.

25) 柯琴著,趙輝賢校注. 『傷寒論翼卷上:六經正義第二』. 2판. 上海:上海科學技術出版社, 1986:162-166 “六經是分區地面,所賅者廣,雖以脈爲經絡,而不專存經絡上立說”

柯琴著,趙輝賢校注.. 『傷寒論翼卷下:太陽病解第一』. 2판. 上海:上海科學技術出版社, 1986:178-181 “仲景書只宗,陰陽大法,不拘陰陽之經絡也”

26) 王琦. 『상한론연구』. 광주:광동고등교육출판사, 1988:455-464.

王琦. 近三十年來有關『傷寒論』三陰三陽問題研究概況. 산동중의학원학보 1983:1:54.

은 하나의 독립적인 변증체계라기보다는 음양적인 증후분석방법의 기초를 제공하는 하나의 이론체계라고 볼 수 있다. 오행적인 관점에 의해서 장상학과 장부변증이 밀접한 관계를 가지듯이 음양적인 관점에 의하여 팔강은 상한변증이나 더 나아가 기혈음양변증, 장부변증과 밀접한 관계를 가지게 되는 것이다. 즉, 팔강은 교육과정상 진단을 학습할 때 필요한 개념으로서는 중요하지만, 그것을 하나의 변증체계로 상정하여 진단표준화 작업에 포함시키는 것은 부적절한 것이다.

1-5. 상한과 열병을 따로 구별한 이유

상한변증은 ‘급성열병’ 질환에 대한 인식에서 출발한 변증이다. 그러나, 실제 체계를 살펴보면 그 외의 잡병질환이 상당히 많다. 그 이유 중의 하나는 한의학의 진단개념이 ‘병인의 인식’에서 출발하기보다는 ‘증후의 인식’에서 출발하기 때문이다. 즉, ‘급성열병’을 진단하는 도구가 다른 증후에도 적용될 수 있었던 것이다. 반면에 청대에 발전된 온병학의 경우는 실제로 ‘온열 질환’에 대해서 집중적으로 증후분석을 하였다. 즉, 오늘날에 와서는 ‘상한변증’과 ‘위기영혈변증’, ‘삼초변증’을 모두 열병증후분석에만 귀속시킬 이유가 없어졌다. 실제 ‘온열 질환’을 전문적으로 다루는 ‘위기영혈변증’과 ‘삼초변증’은 이미 ‘상한변증’의 이론적인 장점을 흡수하고 있기 때문에 굳이 ‘상한변증’을 열병분과에 포함시킬 필요가 없고 잡병들도 다루고 있으며, 실제 많은 잡병의 해석에 대해서 분석의 틀을 제공한 ‘상한변증’은 기초체계에 포함시키는 것이 더 타당하다.

1-6. 체질변증을 따로 둔 이유

현재 체질변증과 위의 기초체계 및 분과체계의 분류방식은 동일하지 않다. 즉, 체질변증은 체질적인 요소를 위주로 하는 방법상의 특징을 가진 변증이다. 그래서, 체질변증은 기초체계나 분과체계 어디에서나 응용될 수 있다. 단, 아직 다른 변증체계들과 비교연구가 덜 되어 있으며 기초체계에 넣기에는 다른 세 체계와 이질적인 면을 가지고 있다. 또한, 아직 체질변증(사상변증)이 실제로 임상에서 광범위하게 쓰이고는 있지만 표준화작업을 하기 위해서는 이론적인 연구가 선행되어야만 한다²⁷⁾.

27) 이러한 이론적인 연구는 표준화연구에서 뿐만 아니라 체질의학의 학문적인 성립을 위해서도 반드시 필요하다.

1-7. 체계들간의 층차관계

각 변증체계는 서로 많은 영향과 융합의 역사가 있지만, 또 한편으로는 각각의 지적(知的) 전통을 가지고 그 전통속에서 나름대로 발전해 온 역사가 있다. 그렇기 때문에 그 변증체계들의 특성을 온전히 살리면서도 각 변증체계간의 무리한 비교나 층차관계의 규정을 시도하는 것은 바람직하지 않다. 그것은 앞으로 통일된 변증체계²⁸⁾를 구상하면서 해 나가야 할 작업이다. 그러나, 같은 체계내에서의 층차관계는 고려할 수 있다.

1-8. 분과체계의 설정에 대해서

인체의 질환은 매우 다양하다. 기초체계에 의해서 거의 모든 질환을 해석할 수는 있지만 구체적인 질환에 있어서의 그 질환에 맞는 변증체계도 필요하기 마련이다. 즉, 다른 분야에서는 필요없는 분형이나 증후인식, 증징에 대한 평가가 요구되어진다. 이러한 특수성을 해결하고 진단이 더욱 효용 가치를 가지려면 분과체계는 반드시 필요하게 된다²⁹⁾. 이 분과체계는 기본적으로 부인과, 소아과, 외과³⁰⁾, 열병, 안이비인후과, 노인병과, 남성병과, 종양과 등으로 나뉘어지는데, 이는 한의학이 그 영역을 확대하고 개발할 때마다 계속 늘어나게 될 것이다.

1-9. 분과체계는 어떻게 변증 체계를 세우는가?

각 분과체계마다 그 분과에 필요한 용어들이 있다. 예를 들어 부인과라면 충임맥(衝任脈)이라든지 자궁(子宮 또는 胞宮) 등의 용어가 더 필요하다. 이러한 용어를 사용하면서 그 분과체계에 가장 적합한 변증체계가 만들어져야 할 것이다. 또한, 이러한 분과변증체계는 기초체계를 기본으로 해야할 것이다. 기초 체계 중에서 적합한 체계를 차용하거나 적절히 융합하여 사용한다.

28) '변증논치체계 표준화 연구' 참고

29) 한의학이 전체성을 중요시하고 유기적인 인체관을 가지고 있는데 각 분야를 나누어서 분과하는 것은 본래 특성에서 어긋날뿐이라는 주장도 있을수 있다. 그러나, 사실은 그렇지 않다. 변증체계 자체가 정체적(整體的)인 관점을 가지지 않고서는 어떠한 분과체계에서도 진단이 진행될수는 없다. 또한, 특정한 질병에 대해서 그 질병만의 치료방침이 있고 특이성이 있으며 그 질병만의 예후가 있기 마련이다. 이러한 특수성을 감안하여 분과를 만드는 것은 변증론치 정신을 해치는 것이 아니고 오히려 보완하고 발전시키는 길이다. 한의 전문의 제도도 이와 같은 맥락에서 생각해야만 할것이다.

30) 근골격계질환도 포함

1-10. 변증체계의 앞으로의 발전 방향

현재는 각 변증체계를 정리하고 평가하는 단계이다. 그러나, 단계적으로 기초적인 변증체계들은 단일한 체계로 구성되어야 할 것이며, 이것은 하나의 커다란 연구과제로서 진행되어야 할 것이다. 그래서 현재 상태에서는 기존의 것을 유지한 채 정리하고 통일하는 방법을 모색하며, 분과체계를 발전시켜 전문화의 방향으로 나아가야 할 것이다. 그리고 체질변증은 우선 그 자체적으로 표준화 작업을 해야 하며, 미래에는 결국 양체계에 흡수되어야만 할 것이다. 그리고, 분과체계의 열병 변증 가운데 ‘삼초변증’과 ‘위기영혈변증’도 하나의 체계로 통합되어야 할 것이다.

2. 증의 분형 방식

증의 분형에 대한 기본적인 원칙은 대개 ‘A장 2.5 증의 분형’과 ‘C장 3 개별증의 정리방법’에서 도출된다. 현재 본 표준화연구의 기본적인 원칙은 다음과 같다.

첫째, 구체적인 증후로 분형한다. 즉, 구체적인 처방이 도출되고 진단명으로서 충분한 가치를 가지도록 분형을 한다.

둘째, 분형은 포괄적이고 적은 수로 시작한다. 이것을 첫째 원칙과 보완관계이다. 필요 이상으로 자세히 분형하는 것은 아직 각 증형들에 대한 인식이 부족한 임상에서 혼란만을 가중시키고 감별에 불필요한 노력이 필요할 것이다. 그러므로 현재 임상 상황을 고려해야 한다. 점점 각 증형에서 더 분형의 필요성이 증가하면 차후 연구과정을 통해서 수정해 나간다.

셋째, 상하층차가 필요한 경우는 원칙에 맞추어 상하위증으로 분형한다. 예를 들어서 기혈음양진액변증에서 ‘양허증’은 ‘일반적인 양허증’ 외에도 양허내한증(陽虛內寒證), 양허수범증(陽虛水泛證), 허양의월증(虛陽外越證), 외한상양증(外寒傷陽證) 등이 있을 수도 있다. 단 하위증과 상위증에 층차관계에 대해서는 확실한 검증을 통해서 결정해야 할 것이다. 즉, 변증체계간의 층차에 대해서는 고려하지 않지만, 동일 체계내에서의 층차관계는 고려한다.

넷째, 새로운 증형이 추가될 수 있도록 한다. 기존의 증을 더욱 쪼개는 것도 분형이지만, 지금까지 없었던 새로운 증형을 추가시키는 것도 일종의 분형이다.

3. 증의 명명

증의 명명은 실제로는 변증의 모든 부분과 관련이 있다. 즉, 변증체계의 구성에서부터 증후의 진단요건 설정에까지 명명과 관련이 된다. 그래서 이 부분에 대

해서는 앞에서 특히 증의 명명과 증의형식에서 충분히 다루었기 때문에 여기에서는 외면적인 형식의 원칙만 나열한다.

첫째, 뜻은 한자와 한문을 사용하여 명명하되 한글을 곁한다. 예를 들어 ‘신음허증(腎陰虛證)과 같이 한다. 실제로 이 보고서에서도 이와 같은 원칙을 지켰으며 한글로도 이해할 수 있는 증명이나 혼란 증명은 한글만 사용하여 표현하였다.

둘째, 병명과 증명, 병기와 증명의 혼란을 피하기 위해 모든 증명 뒤에 ‘증(證)’자를 붙인다. 예를 들어 간기울결증(肝氣鬱結證)과 같이 사용한다.

셋째, 명명은 일단 3-6자 내외로 한다. 그리고 표현이 명확하지 않을 때에는 정확한 명칭을 아래에 첨가한다.

넷째, 정식명칭을 정하고 각 변증체계에서 그 명명 방법은 일관성있게 유지한다. 장부의 명칭이나 병리접속사의 명칭, 표현방법 상에서 일관성을 유지한다. 즉, 비기허(脾氣虛)라고 정했으면 간기허, 비음허 등으로 표현해야 하며, 증기허, 비기부족, 간기부족 등으로 표현방법을 달리해서는 안된다. 그리고 이 중에서 네포가 동일한 경우에는 이명異名으로 다룬다³¹⁾.

다섯째, 증명은 그 증후의 병기에 따라서 정한다. 즉, 계지탕증(桂枝湯證)과 같이 처방을 위주로 하는 방법은 택하지 않는다.

여섯째, 증징이나 병명을 증명으로 사용하지 않는다. 즉, 담결두통(痰厥頭痛) 등으로 표현하지 않는다. 증명은 치료원칙을 도출할 수 있어야 하고 그 병기를 예상할 수 있어야 한다.

현재 증명의 경우 한자의 조합이 아니고 하나의 한문 문장인 경우들이 있다. ‘폐기허’ 등은 하나의 단어라고 볼 수도 있기 때문에 한글만을 써도 문제가 없어 보이는데 한문문장으로 되어 있는 ‘풍한속폐(風寒束肺)’의 경우는 한글만으로 잘 인지할 수 없는 경우도 있고 한글만으로 표현해서 인지할수 있다고 하더라도 문제가 있다. ‘스케이트’라고 한글표기할 수는 있지만 ‘아이 고 홈’³²⁾이라고 한글로만 표기하는 것은 인지할 수 있다고 해도 문제가 있는 것과 동일하다. 이러한 경우 우리는 한글로 번역하여 옮기는 것이 상례이다. 그러나, 증명의 경우는 그것이 하나의 명사역할을 하기 때문에 문제가 된다. 이러한 문제는 한국의 특수한 실정이고 이에 대해 연구가 앞으로 더 이루어져야 할 것이다. 또한, 증명의 한글화 문제에 대해서도 한글화의 필요성 여부부터 여러 사항이 고려되어야 할 것이다.

31) III. 결론 ‘증후형식’ 참고

32) I go home

4. 증후의 형식

증후형식은 다음과 같은 형식을 기본으로 한다.

* 【증명證名】
* 【이명異名】
* 【증후개념證候概念】
* 【변증지표】
주증主症
차증次症
설맥舌脈
미관지표微觀指標
* 【진단요점】 병기적인 정의를 통해 진단요점을 설명
* 【진단표준1】 내포적인 정의
* 【진단표준2】 외연적인 정의
【진단표준3】 수리적인 정의
【증후분석】 변증지표에 대한 설명
【증후감별】
【예후】
【치법】
【처방】
【문헌조사】
【현대연구】 서양의학적인 증의 실질연구
참고 : *표는 증후형식의 필수 요소

각 항목에 대한 설명은 다음과 같다.

【증명】 정식명칭

【이명】 동일한 내포를 가진 다른 명칭들 소개

【증후개념】 i. 좀 더 정확한 증명이 필요할 때는 표기

ii. 증후에 대한 간단한 소개

【변증지표】 증후를 결정할 수 있는 증징

주증主症 증후결정에 결정적인 증징들

차증次症 증후판단에 부차적인 증징들

설맥舌脈 설진소견과 맥진소견

미관지표微觀指標 서양의학적인 지표가 있는 경우 포함

현재의 임상 현실을 감안하여 참고증징으로만 사용

【진단요점】 i. 병기적인 내용을 통해 산문체로 진단요점을 설명

ii. 나타나서는 안될 병기나 증징이 있으면 서술

【진단표준1】 내포적인 정의

【진단표준2】 외연적인 정의를 상견병례를 참고로 표기

【진단표준3】 수리적인 정의, 임상역학적인 자료들이 있을 때에만 표기

【증후분석】 변증지표로 쓰이는 증징에 대한 자세한 설명, 현재 증징의 표준화 작업이 안되어 있기 때문에 증징의 평가와 감별을 위해 자세히 설명

【증후감별】 i. 인접증후와의 감별요점

ii. 다른 변증체계의 유사증후와 비교

【증의 예후】 다른 증후로의 전환, 그 밖의 환자 예후에 대해서 서술

【치법】

【처방】

【문헌조사】 본 증후에 대한 문헌 기술을 참고자료로 기재

【현대연구】 서양의학적인 증의 실질연구 성과가 있으면 기재

【진단표준】의 구체적인 예를 들자면³³⁾,

【진단표준1】 ‘증후연구에 대한 연구’에서 논리적인 정리방식.

음허증陰虛證

主症 : a₁ 五心煩熱 a₂ 咽燥口乾 a₃ 舌紅(a₃₁) 少苔(a₃₂) 無苔(a₃₃) a₄ 脈細數

次症 : a₅ 午後升火 a₆ 便結(a₆₁) 尿短赤(a₆₂) a₇ 盜汗

▶ 진단표준

主症 3항 이상과 次症 1항 이상

【진단표준2】 그 내포적인 방식을 따라 자주 볼 수 있는 병증을 예시하는 것이다³⁴⁾

신기허증腎氣虛證

主症: 眩暈耳鳴, 腰膝酸軟, 氣短自汗, 倦怠無力

次症: 面色黃白, 小便頻數, 遺精, 早泄, 氣逆作喘

舌脈: 舌淡蒼白, 脈細弱

▶ 진단표준

1. 眩暈耳鳴, 腰膝酸軟, 氣短自汗, 倦怠無力, 舌淡蒼白, 脈細弱
2. 眩暈耳鳴, 腰膝酸軟, 倦怠無力, 面色黃白, 小便頻數, 舌淡蒼白, 脈細弱
3. 眩暈耳鳴, 腰膝酸軟, 倦怠無力, 遺精, 早泄, 舌淡蒼白, 脈細弱
4. 眩暈耳鳴, 腰膝酸軟, 倦怠無力, 氣逆作喘, 舌淡蒼白, 脈細弱

33) ‘경계의 개념’에서 ‘내포적 정의’와 ‘외연적 정의’ 참고

34) 이 경우 내포적인 진단표준은 아래와 같이 설정할수 있다.

주증主症 중에 ‘眩暈耳鳴 腰膝酸軟’은 필수 증징이며,
 ‘① 주증+설맥’ 이나 ‘② 주증 3항+부증2항+설맥’을 구비하는 경우

【진단표준3】 임상역학적인 연구를 통해서 도출되는 수리적인 정의이다. 아래의 예시는 혈어증(血瘀證)에 관한 연구 중에 일부이다³⁵⁾.

<p><input type="checkbox"/> 혈어증血瘀證</p> $y_1 = -1.4470 + 2.1207X_1 + 2.1922X_2 + 0.5656X_3 + 0.6576X_4$ $y_2 = -6.655 + 4.7312X_1 + 5.6545X_2 + 3.008X_3 + 3.6672X_4$ <p>식 중 X_1: 고정성 동통, 자통刺痛, 은통隱痛 X_2: 설질 자암紫暗, 어반瘀斑 X_3: 간장 종대 또는 비장 종대 X_4: 피부 혈관 이상증</p> <p>▶ 진단표준 $y_2 > y_1$ 이면 혈어증으로 진단</p>

5. 개별 증후의 정리 원칙

변증지표의 설정, 진단요건의 설정에 관한 핵심적인 문제와 그 방법에 대해서 이미 ‘개별증의 정리방법’란에서 기술하였다. 즉, 현재로서 가장 중요한 것은 문헌조사를 통해 기본적인 변증지표를 설정하는 것이다. 문헌적인 고찰을 바탕으로 일정한 형식이 갖추어졌을 때 임상조사가 이루어질 수 있고, 임상조사를 통해서 그 형식을 검증받아 실제성을 보장받아야만 한다. 앞으로 이러한 끊임없는 되먹임을 통해서 진단의 표준화작업은 진행되어야 한다.

앞으로 2-3차에 걸친 표준화 작업은 문헌정리를 통해서 이루어지고, 그 다음으로는 그 결과를 기본으로 임상적인 연구가 계속적으로 이루어져야만 한다.

참고서적 및 논문 목록

1. 김동일의 편. 『동의학사전』. 서울: 여강출판사. 1989.
2. 商務印書館편. 『辭源』. 北京. 1991;1157
3. 柯琴著, 趙輝賢校注. 『傷寒論翼』. 2판. 上海: 上海科學技術出版社, 1986.
4. 柯雪帆 主編, 『中醫辨證學』. 1판. 上海: 上海中醫學院出版社, 1989.
5. 匡調元. 『人體體質學』. 上海: 上海中醫學院出版社, 1991.

35) 賴世隆外7人. 中醫證候的數理統計基礎及血瘀證廣觀辨證計量化初探. 中國醫藥學報1988;3(6) :427-432.

6. 國家中醫藥管理局編. 『建國40年中醫學科技成就』.1판. 北京:中醫古籍出版社. 1989.
7. 冷方南 主編. 『中醫證候辨治軌範』.1판. 北京:人民衛生出版社, 1989.
8. 大塚敬節. 『傷寒論解說』. 東京:創元社, 소화41년:29-45.
9. 萬友生. 『寒溫統一論』 上海:上海科學技術出版社. 1988.
10. 文濬典, 安圭錫, 崔昇勳. 『東醫病理學』. 1판. 서울:高文社 1990.
11. 方藥中. 『辨證論治研究七講』 人民衛生出版社 1978.
12. 백정익, 최일범 공역, 龍伯堅 著. 『黃帝內經概論』. 서울:논장,1988:28-45.
13. 謝觀 3판. 『동양의학대사전』. 서울: 高文社. 1980.
14. 謝觀 편. 『중국의학대사전』.4판. 서울: 일중사. 1975.
15. 上海中醫學院編, 『辨證施治』, 上海人民出版社, 1972:181-188. 재인용
16. 徐木林. 『中醫內科證治精要』. 湖北科學技術出版社, 1987: 재인용.
17. 西醫學習·中醫試用教材編纂組, 『中醫基礎學』, 浙江省: 浙江人民出版社, 1973: 115-141,재인용
18. 孫孝洪編著. 『中醫治療學原理』. 成都: 四川科學技術出版社, 1990.
19. 矢數道明 編. 『漢方Q&A』. 東京:日本醫事新報社, 1991.
20. 신기철·신용철. 『새우리말큰사전』. 12판. 서울: 삼성이데아. 1988.
21. 沈自尹 主編. 『中醫理論現代研究』. 江蘇省:江蘇科學技術出版社, 1988.
22. 楊力. 『中醫疾病豫測學』, 北京:北京科學技術出版社. 1991.
23. 楊麥青 編著. 『《傷寒論》現代臨床研究』. 1판. 北京:中國中醫藥出版社出版. 1992.
24. 楊培坤 編著. 『試論仲景學說的集論思想』. 上海:上海交通大學出版社, 1992.
25. 어빙코피, 민찬홍 옮김. 『논리학입문』. 서울:이론과 실천, 181-196.
26. 余海若 編著. 『實用中醫內科表典』, 北京:中國科學技術出版社, 1993.
27. 吳銀根, 沈慶法 編著. 『中醫外感熱病學』. 1판.上海:上海科學技術出版社. 1991; 9-15.
28. 오택섭. 『사회과학데이터분석법』. 서울: 나남출판사. 1993.
29. 吳威中, 高金亮. 『脾虛證的現代研究』. 1판. 天津:天津科技翻譯出版公司, 1992.
30. 王琦 主編. 『傷寒論研究』. 廣州:廣州高等教育出版社, 1988.
31. 廖育群. 『岐黃醫道』. 沈陽:遼寧教育出版社, 1991.
32. 이우주. 『의학대사전』. 서울: 아카데미서적, 1990:495.
33. 張介眉, 杜獻琛 主編. 『人體排出物 異常證 診斷治療學』. 北京:中國醫藥科技出版社. 1994.

34. 張豐強 主編. 『中醫名方應用大全:現代方證學』. 1판. 北京:中國醫藥科技出版社, 1992.
35. 錢承輝 王慶其 主編. 『中醫臟象學』. 上海中醫學院出版社, 1989.
36. 程紹恩, 夏洪生 主編. 『中醫證候診斷治療學』. 1판. 北京:北京科學技術出版社, 1993.
37. 鄭鑄濤 主編. 『中醫診斷學』. 北京:人民衛生出版社, 1987.
38. 조은김 주편. 『中醫證候診斷治療學』. 天津:天津科學技術出版社, 1987.
39. 朱文鋒 主編. 『內科疾病中醫診療體系』. 長沙:湖南科學技術出版社, 1994.
40. 中國中醫研究院 主編. 『中醫證候鑑別診斷學』. 北京:人民衛生出版社, 1987.
41. 中醫基本理論教研組, 『中醫基本理論教材』, 廣州中醫學院, 1972:127-153. 재인용
42. 中醫研究院·廣東中醫學院合編. 『中醫名詞術語詞典』.
43. 中村元 著, 김지전 옮김. 『중국인의 사유방법』. 서울:까치, 1990.
44. 陳可冀 主編. 『活血化瘀研究與臨床』. 1판. 北京:北京醫科大學·中國協和醫科大學聯合出版社. 1993.
45. 陳貴廷, 楊思澍 主編. 『實用中西醫結合診斷治療學』. 北京:中國醫藥科技出版社, 1991.
46. 陳達理, 周立紅編. 『中醫基礎理論現代研究』. 1판. 上海:上海中醫學院出版社. 1989.
47. 秦伯末. 『中醫入門』. 홍콩:太平書局. 1961:5-10.
48. 蔡慶生 主編. 『醫用近代數學』. 安徽省 合肥. 中國科學技術大學出版社, 1988.
49. 최승훈. 『內經病理學』. 서울:동나무, 1993.
50. 祝世訥 主編. 『中醫新知識辭典』. 北京:中國醫藥技術出版社, 1992.
51. 한국철학사상연구회. 『철학소사전』. 3판. 서울: 도서출판동녘, 1993:971.
52. 한글학회. 『우리말 큰사전』. 서울: 어문각. 1992.
53. 姜春華. ‘道家與醫家’ In 『中醫藥國際學術會議論文集』. 中國:上海, 中國學術出版社 1987:11 재인용
54. 姜春華. 試論中醫臟腑辨証論治之沿革. 上海中醫藥雜誌 1982:(4):6-7.
55. 顧亞夫外8人. 五種血瘀證型動物模型的研制. In 陳可冀 主編. 活血化瘀研究與臨床. p169-174 재인용
56. 顧永華. 肝鬱證實質及動物模型研究進展. 中國中西醫結合雜誌 1989;9(9): 575-576.
57. 高欽穎. 方劑辨證芻議. 北京中醫學院學報 1985;8(1):9-11.
58. 김기현. 辨證論治의 虛와 實. 현곡학회 월례연구모임 1992:10.
59. 김우호: 訓民正音 글자 만든 原理(陰陽五行原理)로 살펴본 한방 병리 용어 疼, 病, 痛의 우리말 해석에 관한 고찰. 대한원전 의사학회지 1993;7:25-34.

60. 金益強外12人. 肝陽上亢證本質研究. 中西醫結合雜誌 1988;8(3):136-140.
61. 羅仁. 再論複合證的診治規律初探. 遼寧中醫雜誌 1992;(12):1-3.
62. 洛雨. 證·症爭析. 吉林中醫學 1985;(4):8-10.
63. 賴世隆外7人. 中醫證候的數理統計基礎及血瘀證廣觀辨證計量化初探. 中國醫藥學報1988;3(6):427-432.
64. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1984;8(11):9-11.
65. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1984;8(12):42-43.
66. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(1):7-9.
67. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(10):20-21.
68. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(11):17-18.
69. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(12):17-20.
70. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(2):12-13.
71. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(3):23.
72. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(4):10-11.
73. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(5):38-39.
74. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(6):20-21.
75. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(7):18-19.
76. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(8):15-16.
77. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1985;9(9):13-14.
78. 雷順群. 建立中醫系統辨證的新體系. 遼寧中醫雜誌 1984;8(10):15-19.
79. 譚敬書. 試論辨病論治與辨證論治相結合. 新中醫 1989;10:2-4.
80. 談運良. 辨證體系論. 中醫藥學報1986;(6):12-15.
81. 唐明春. 論症,病,證及其意義. 中醫函授通訊 1994;(2):16-17.
82. 鄧鐵濤,張發榮,鍾嘉熙. 中醫外感熱病辨證法應不應統一起來. 新中醫 1982;(8): 46-51.
83. 馬先造. 論肝陽虛的證治. 新中醫 1987;권(8):1-3.
84. 萬又生. 寒溫統一論. 遼寧中醫雜誌. 1982;6(10):1-2.
85. 孟慶雲. 辨證論治的生命力在於實踐和創新-辨證論治研究評述. 北中醫學院學報 1985;(6):2-5.
86. 孟慶雲. 傷寒論的方法論研究:從模型法看傷寒六經. 北京中醫學院學報 1985; 8(1):19-20.

87. 孟慶雲. 時代呼喚着新的理論規範. 山東中醫學院學報 1990;14(6):2-5.
88. 孟仲法. “證”的辨證指標探索. 北京中醫學院學報 1985;8(4):2-3,16.
89. 박경모, 최승훈. 증(證)의 수학적 연구 방법론, 동의병리학회지 1994 9: 209-239.
90. 常復蓉外6人. 血虛血瘀動物模型的研究. In 陳可冀 主編: 活血化瘀研究與臨床. p210-215 재인용
91. 徐迪華,申春梯. 論中醫證的“臨界狀態”. 北京中醫學院學報 1985;8(2):2-5.
92. 成肇智. 證,病機和辨證論治的概念及相互關係. 1987;10(4):6-9.
93. 孫世道 等. 甲皺微循環的變化與氣血關係. 上海中醫藥雜誌 1981;권(2):44-47.
94. 孫益鑫. 對中醫臨床辨證的再思考. 山東中醫學院學報 1992;16(4):13-17.
95. 孫弼綱外6人. 脾虛證分度定量論斷研究. 中國中西醫結合雜誌 1994;14(3): 135-138.
96. 宋一亨 等. 冠心病中醫辨證與心功能關係的初步研究. 中醫雜誌 1982;권(호): 45-48.
97. 修宗昌. 脾陰虛芻議. 遼寧中醫雜誌 1990;14(2):6.
98. 柴文學,王律修,羅仁,呂維柏. 對辨證論治思維方法討論及評價. 中西醫結合雜誌 1985;5(7): 436-439.
99. 신승호. ‘증의 층차 구조에 관한 소고’. 동의학보 1994;(8):123-135.
100. 新陳. 辨證論治的方法(中醫學方法論講座第十講). 中國醫學學報 1988;3(3): 68-70.
101. 新陳. 辨證論治的步驟(中醫學方法論講座第十一講). 中國醫學學報 1988;3(4): 72-74.
102. 新陳. 辨證論治的體系(中醫學方法論講座第十三講). 中國醫學學報 1988;3(6): 70-72.
103. 新陳. 辨證論治層次(中醫學方法論講座第十二講). 中國醫學學報 1988;3(5): 73-75.
104. 申春梯外 3人. DME在中醫證候規範研究中的運用. 中國醫藥學報. 1990;5(5): 67-70.
105. 申春梯外 3人. 臨床科研設計,衡量與平價(DME)在腎虛證診斷中的運用.北京中醫學院學報. 1993 16(8):167-170.
106. 沈鳳閣. 關於六經·衛氣營血·三焦辨證如何統一的探討. 新醫藥學雜誌 1979;(4): 7-10.
107. 沈自尹,潘澄濂,李鳴眞,陳可冀,趙偉康,張亭棟. 微觀辨證與辨證微觀化.中西醫結合雜誌1987 ;7(5):263-267.
108. 沈自尹. 中醫虛證辨證參考標準. 中西醫結合雜誌 1983;(2):117-119.
109. 안규석. ‘辨證論治和四象醫學之研究’, 1992년 북경 第1次 國際中國醫學史學術大會에서 발표, 자료집 p123. 1992.11. 현곡학회 자료집에 수록
110. 楊麥青. 對〈傷寒論〉中病證規範化的芻議. 中國醫藥學報 1990;5(6):9-10.
111. 楊殿興. 關於中醫病名診斷及辨病論治的幾點看法和設想. 北京中醫雜誌 1987;(6):14-16.

112. 易杰. 脾虛證動物模型研究進展與評價. 遼寧中醫雜誌 1991;15(8):46-48.
113. 葉景華. 臨床辨證分型芻議. 中國醫藥學報 1988;3(4):55-57.
114. 吳鳳全,郭忠印. “但見一證便是”之我見. 中醫藥學報 1992;?(3):6-8.
115. 王階, 陳可冀. 關於血瘀證診斷研究的若干方法學問題. In 陳可冀 主編. 活血化瘀研究與臨床. p13-16 재인용
116. 王階, 陳可冀. 論血瘀證的概念和範疇. 中國醫藥學報 1989;4(3):167-169.
117. 王階, 陳可冀. 中日兩國對血瘀證病因病機的認識. 遼寧中醫雜誌 1991;15(3): 44-47.
118. 王階, 陳可冀. 血瘀證古典辨證診斷探討. 遼寧中醫雜誌 1992;16(3):12-13.
119. 王階, 陳可冀. 血瘀證症狀體徵研究概況. 遼寧中醫雜誌 1990;14(5):45-48.
120. 王階, 陳可冀. 血瘀證診斷的多因素判別分析研究. In 陳可冀 主編: 活血化瘀研究與臨床. p8-12 재인용
121. 王階, 陳可冀. 血瘀證診斷標準的研究. 中西醫結合雜誌 1988;8(10):585-587.
122. 王琦 袁冰 于衛東. 證實質近三十年研究進展. 中西醫結合雜誌 1985;5(7) : 440-448.
123. 王永福,蔡慶生. 中醫證候形式化探討. 北京中醫學院學報 1986;9(3):12-14.
124. 王律修. “證”在中醫理論中的意義. 北京中醫學院學報 1985 8(4):4-6.
125. 王殿俊外6人. 熱毒血瘀證動物模型的研究. In 陳可冀 主編. 活血化瘀研究與臨床. p184-193 재인용.
126. 王天芳, 楊維益. 中醫辨證推理思維方式的探討. 北京中醫藥大學學報 1994;17(4): 2-4.
127. 王學慶. 脾虛證敏感性與特異性指標初探. 遼寧中醫雜誌 1990;14(6):7-8.
128. 熊永厚. 逾規越界線 北京中醫學院學報 1985;8(2):47-49.
129. 袁泳. 試論中醫辨證論治體系的現代化. 北京中醫學院報 1987;10(5):13-15.
130. 魏邊新. 脾陰虛證植物神經機能狀態初探. 中西醫結合雜誌 1988;8(4):202.
131. 劉健. 脾虛證分度定量診斷研究. 中西醫結合雜誌 1994;14(3):135-138.
132. 劉浩江. 談辨證論治與對證治療. 哈爾濱中醫 1963;(6):19-20.
133. 李慶生. 病·症·證三者的概念及其關係. 遼寧中醫雜誌 1985;9(1):4-8,10(2):8-9.
134. 李國賢. 血瘀證目徵的研究. 中西醫結合雜誌 1988;8(10):630.
135. 李順民. 辨證論治的思維特點. 中醫藥學報 1991;(2):1-2.
136. 李蔚生. 舌脈對血瘀證診斷的研究. 中西醫結合雜誌 1988;8(10):629.
137. 李照國. 關於中醫名詞述語英譯標準化的思考. 中國中西醫結合雜誌 1994; 14(3):144.

138. 李種朴. 關於中醫“證”的研究思路. 中西醫結合雜誌 1985;5(6):366-369.
139. 李振英. “證”與“病理過程”相關關係. 遼寧中醫雜誌 1985;9(8):3-6.
140. 林晨. 老年“潛證”特點與調理脾胃. 北京中醫學院學報 1991;14(1):40-41.
141. 蔣開平 簡小云. 肝氣虛,肝陽虛的探討概況. 中國醫藥學報 1992;7(4):244-246.
142. 蔣見復. 略論辨證論治. 上海中醫藥雜誌 1965, (5):1-4.
143. 張珊珊外5人. 寒凝血瘀證動物模型的實驗研究. In 陳可冀 主編: 活血化瘀研究與臨床. p194-201 재인용
144. 張震. 中醫辨證應當規範化. 雲南中醫雜誌 1985;(4):1-6.
145. 鄭利岩. 脾陰虛證用藥規律探微. 遼寧中醫雜誌 1993;17(9):46.
146. 정우열. 辨證論治란 무엇인가?. 현곡학회 월례연구모임 1992. 9 자료집.
147. 鄭日清. 心陰虛證研究概況. 遼寧中醫雜誌 1991;15(1):47-48.
148. 程丑夫. 有關證命名的幾點看法. 北京中醫學院學報 1985;(3):4-6.
149. 宗其昌. 肝氣虛-肝陽虛證治芻議. 山東中醫學院學報 1992;16(6):372-374.
150. 周德生. 中醫病名規範化芻議. 遼寧中醫雜誌 1991;15(3):1-2.
151. 朱文鋒. 建立辨證統一體系之我見. 北京中醫學院學報 1984;(3):2-4.
152. 朱文鋒. 證名規範研究之我見(續). 遼寧中醫雜誌 1987;11(2):17-19.
153. 朱文鋒. 證名規範研究之我見. 遼寧中醫雜誌 1987;11(1):14-18.
154. 周小青, 劉運新. 淺析證的等級計量診斷. 遼寧中醫雜誌 1992;16(6):11-12.
155. 朱式夷. 中醫辨證施治規律的探討. 中醫雜誌(3):156-9,(4):225-9.
156. 周禮卿. 脾虛患者小腸吸收,脾外分泌功能與臨床症狀相互關係的探討. 中西醫結合雜誌 1989;9(9):574.
157. 中國中西醫結合研究會. 血瘀證診斷的試行標準. 中西醫結合雜誌 1983;3(3).
158. 中國中西醫結合研究會 活血化瘀專業委員會. 血瘀證診斷標準. 中西醫結合雜誌1987;7(3):129.
159. 中島一. 從皮膚病學角度探討血瘀證的診斷標準. 中西醫結合雜誌 1988;8(10):588-589.
160. 中華人民共和國衛生部藥政局. 中藥治療脾虛證的臨床研究指導原則. 中國醫藥學報 1988;3(5):391-392.
161. 지규용. 證의 標準化問題에 대한 한 見解. 현곡학회 월례연구모임 1993. 2 자료집.
162. 陳家旭. 肝氣虛證診斷探析. 北京中醫學院學報 1992;15(6):366-368.

163. 陳家旭. 試述肝氣虛證的臨床特徵. 北京中醫學院學報 1993;16(5):301-303.
164. 陳綱. 論〈內經〉辨臟腑經脈論治與辨病施治. 山東中醫學院學報 1990;14(1): 14-16.
165. 陳國林. 肝陽上亢證本質研究. 中西醫結合雜誌 1988;8(3):136-140.
166. 陳國林外10人. 肝陽上亢證辨證標準探討. 中西醫結合雜誌 1988;8(9):549-551.
167. 秦大軍. 血瘀證的眼部體徵. 中西醫結合雜誌 1988;8(10):631.
168. 陳小野 主編. 實用中醫證候動物模型學. 1판. 北京 : 北京醫科大學·中國協和醫科大學聯合出版社, 1993.
169. 肖德馨. 對‘證’的認識. 中國醫藥學報 1990;(5):?.
170. 肖德馨. 六經辨證綱要:關於統一六經·衛氣營血·三焦辨證之我見. 北京中醫學院學報1981;(3):1-8.
171. 최승훈. 『黃帝內經』의體質論, 1992년 북경 第1次 國際中國醫學史學術大會에서 발표, 자료집p123. 『내경병리학』(최승훈저: 서울, 통나무, p237-259(한글) p448-516(중국어), 1995 개정판)에 수록.
172. 祝世訥. 中醫新名詞述語發展趨勢. 山東中醫學院報 1992;16(3):2-7.
173. 彭靜山. 中醫辨證與經絡學說. 遼寧中醫雜誌 1994;19(2):65-67.
174. 何裕民. 三位一體-辨症·辨病與辨證. 北京中醫學院學報 1985;8(3):2-5.
175. 何裕民. 中醫辨證層次新儀 醫學與哲學 1983;(6):5-8 재인용.
176. 許青婉等.氣滯血瘀型冠心病患者的血脂變化. 中西醫結合雜誌 1985;5(5): 265-266.
177. 胡劍北,胡仲英. 試論轉換證型的治病法. 北京中醫學院學報 1987;10(6):9-10.
178. 胡玉倫. 關於肝陽(氣)虛的機氣個問題. 新中醫 1986;권(5):50-54.
179. 戶振初外6人. 氣滯血瘀證動物模型的實驗研究. In 陳可冀 主編: 活血化瘀研究與臨床. p202-209 재인용.
180. 胡欣. 八綱辨證源流論. 陝西中醫 1986;7(11):485-486.
181. 華興邦外5人. 外傷血瘀證動物模型的研究. In 陳可冀 主編: 活血化瘀研究與臨床. p179-183 재인용.
182. 會議秘書組 정리. 全國中醫病名與證候規範研討會述要. 中國醫藥學報. 1990; 5(5):3-6.