

# 韓國과 日本 및 中國의 東洋醫學에 대한 比較研究

曹基湖

## ABSTRACT

### The Comparative Study of Oriental Medicine in Korea, Japan and China

Ki-ho Chò, OMD, Ph.D.

Department of Circulatory Internal medicine, College of Oriental Medicine,  
Kyung Hee University, Seoul, Korea

During these days of new understanding, western medicine has developed remarkably and a reevaluation of traditional medicine has been achieved. This appears to have resulted from the sound criticisms of what western medicine has achieved up to now; excessive subdivisions of clinical medicine, severe toxicity of chemical drugs, lack of understanding about patients complaints which cannot be understood objectively, and etc. It is thought that the role of traditional medicine will be more important in the future than it is now.

Someone said that the research methods of traditional medicine depends on the way of experimental science too much. That there was no consideration of a system for traditional medicine and the critic also went so far as to assert that in some cases the characteristics of eastern ideas is to permit irrationalism itself. In view of this thinking, the term traditional medicine seems to have been used somewhat too vaguely. However, traditional medicine is a medical treatment which has existed since before the appearance of modern medicine and it was formed from a traditional culture with a long history.

One form of traditional medicine, oriental medicine based upon ancient Chinese medicine, was received in such countries as Korea, Japan, Thailand, Vietnam, Tibet, and Mongolia. Oriental medicine then developed in accordance with its own environment, race, national characteristics, and

---

\* 慶熙大學校 韓醫科大學 心系內科學教室

※ 本 論文은 1996年度 韓國學術振興財團 教授海外派遣 研究에 의한 것임

history. Although there are some simultaneous differences between them, three nations in Eastern Asia; Korea, Japan, and China, have especially similar features in their clinical prescriptions and medical literature.

These three nations are trying to understand each others unique traditional medicines through numerous exchanges. Even though many differences in their ways of studying have developed over history exist, recent academic discussions have been made to explore new ways into oriental medicine. Therefore a comparative study of oriental medicine has gradually been thought to be more important.

In Korea the formation of a new future-oriented paradigm for oriental medicine is being demanded. The purpose of the new paradigm is to create a new recognition of traditional culture which creates an understanding of oriental medicine to replace the diminished understanding of oriental medicine that was brought about by the self-denial of traditional culture in modern history and cultural collisions between oriental and occidental points of view.

Therefore, to make a new paradigm for oriental medicine which is suitable for these days, and fortifies the merit of oriental medicine while compensating its defects, the author has compared the characteristics of oriental medicines in Korea, Japan, and China. The conclusions of this research are as follows:

1. The fundamental differences of the traditional medicines of these three nations are caused by the differences in the systems of Naekyung and Sanghannon.
2. The pattern-identification of illnesses is generally divided into two categories; the pattern identification of Zang-Fu and the pattern identification of prescription.
3. There are many differences in the definition of terms, such as Yin and Yang, Deficiency and Excess, and etc.
4. Chinese traditional medicine has some new concepts about pattern identification and epidemic febrile disease.
5. Japanese traditional medicine has some characteristics about pattern identification of the whole bodys condition and signs of abdominal palpation.
6. In terms of the effects of herbal drugs, Chinese traditional medicine attaches great importance to the experiential efficacy of the herb, and Japanese traditional medicine is taking a serious view of the effects of experimental medical actions.

---

Key Words : Korean oriental medicine · Traditional medicine · Japanese traditional medicine · Chinese traditional medicine

## 1. 서론

최근 서양의학의 눈부신 발전에도 불구하고 傳統醫學에 대한 새로운 인식하에 많은 재평가작업이 이루어지고 있다. 이와같은 모순된 현상은 지금까지 달성한 서양의학에 대한 건전한 비판적 입장에 있어서 과도한 分科현상, 화학약품에 의한 심한 中毒현상, 객관적으로 파악하기 힘든 환자의 호소에 대한 의사의 몰이해등에서 출발하였기 때문에 장래에 있어서 傳統醫學者의 역할이 더욱 요구된다고 하겠다. 특히 이 傳統醫學은 생명을 肉體, 感覺, 精神, 魂의 결합체라고 정의하면서 완전한 건강은 身體的, 知的, 社會的, 倫理的, 精神的으로 조화를 이룬 행복이라는 점에서 생활의 精神의 측면과 倫理的 측면을 아울러 강조하기 때문에 여기에 그 중요성이 있다고 하겠다.<sup>1,2)</sup>

또한 연구방법에 있어서도 지금까지 傳統醫學의 체계를 떠나 자연과학적인 방법에만 의존하여 연구되어진 점에 대하여서도 많은 검토가 진행되고 있으며 심지어는 非合理的인 것은 非合理的인 그대로 허용하는 것이 동양사상의 특질이 있다고도 주장한다.<sup>3-5)</sup>

이러한 의미에서의 傳統醫學(traditional medicine)이라는 용어는 막연한 듯이 사용되고 있으나 정식 근대의학이 등장하기 이전부터 존재하고 있었던 의료방법이며 동시에 전통문화에 뿌리를 박고 있고 오랜 역사를 지니고 있다. 이와 같은 뜻으로 토착(indigenous), 비정통적(unorthodox), 代替(alternative), 민간(folk), 민족(ethno), 주변(fringe), 비공식(unofficial)등의 단어에 의학이나 치료법이라는 단어가 합성되어 사용되어 지고 있으며 전세계적으로 아프리카의학, 아시아의학, 중국의학 등이 대표적이다. 東아시아에서는 WHO서태평양 지역사무국(WHO Regional Office for the Western Pacific)을 중심으로 많은 연구가 진행되고 있으며 최근에는 아세안제국, 베트남, 중국,

한국, 일본을 중심으로 한 <東아시아 傳統醫學史年表>등이 만들어지고 있어 그 어느때보다 지역을 공통기반으로 한 비교연구가 활발해지고 있다.<sup>1,6,7)</sup>

고대중국 傳統醫學을 기초로 하고있는 동양의학은 중국 주변의 각 민족에게도 수용되어 한국의 東醫學 또는 韓醫學, 일본의 漢方醫學 또는 和漢醫學, 태국의 泰醫學, 베트남의 越醫學, 티베트의 藏醫學, 몽골의 蒙醫學등으로 형성되어 각국 나름대로의 독특한 環境, 人種, 民族性, 歷史性에 따라 발전되고 있다. 이와같은 同源異流 속에서도 東아시아에 위치하고 있는 한국, 중국, 일본의 3국은 서양의학과 中國傳統醫學이라는 2대지주의 의료가 동시에 행해지고 있으며 또한 醫史學的인 면뿐만 아니라 기본으로 하고있는 문헌과 실제 사용되고 있는 약물에서 많은 공통성을 발견할 수 있다. 그러나 오랜역사속에서 차이점도 나타나게 되었다.<sup>8-11)</sup>

즉 한국에서는 朝鮮時代에 들어와서 中國傳統醫學이 鄉藥集成方(1433년), 東醫寶鑑(1611년), 東醫壽世保元(1894년)으로 발전되면서 지금의 韓醫學으로 한국화되었다. 일본은 中國傳統醫療의 일부가 한국 및 중국으로부터 수입되었는데 이것이 江戶(에도)시대(1603년 開幕)이후 경험주의적 실증주의의 색채를 띤 古方派 중심의 일본의학으로 변화하였으며 明治(메이지)시대(1868년 開幕)에 들어 와서는 1883년 <醫術開業試驗規則及醫師免許規則>의 布告令에 의하여 동양의학이 서양의학 관점에서 수용되는 과정을 거쳐 지금의 치료중심 生藥療法으로 발전하였다. 중국의 中醫學은 清代에 들어와서 金元四大家의 의학에 溫病學과 辨證체계를 더하고 清末 서양의학의 영향으로 탄생된 中西滙通이라는 中西折衷醫學을 거치면서 中西醫結合까지 이르렀는데 특히 사회주의 국가를 이룩한 모택동의 1953년 國內醫學宣言 이후 통일된 새로운 이론체계가 만들어지기 시작하여 현재의 中醫學理論이 형성되었다.<sup>12-16)</sup>

이와같은 배경을 가진 이들 3국은 오래전부터 많은 교류를 통하여 서로의 독특한 의학을 이해하려고 노력하였으며 최근에 들어와서도 오랜 역사를 거치면서 생겨난 방법론에서의 많은 차이에 주목하면서 동양의학에 대한 바람직한 새로운 길을 모색하고자 많은 학술적토론이 이루어지고 있어 이들에 대한 비교연구의 중요성이 높아지고 있다<sup>17-26</sup>.

이와같은 연구의 일환으로 大塚敬節은 중국의 학의 성격을 功利性과 實用性, 形式主義, 逍遙性·停滯性·尙古性, 政治性, 合一性·全機性의 5가지로 특징지었으며, 村松등은 일본과 中國醫學文化의 차이에 대한 비교에서 일본문화는 순농업, 외적침입이 없었음, 전통과 습관의 불변, 一邊倒 사고, 乘換방식, 추상적 이론사제, 구체적이고도 실용적·실증적 傷寒論醫術, 口訣의술이며 중국문화는 목축과 농업이 半半, 지배자의 교체, 지배원리의 변화, 兩邊倒 사고, 감별사용방식, 經과 權의 중시, 원칙과 임기응변, 思辨的인 內經의 학, 체계적 中醫學이라고 하였다<sup>4,8,27</sup>.

또한 우리나라에서는 의료제도의 특수성으로 인하여 서양의학의 병리관이나 병태생화학에 기초한 병리병태와는 다른 韓醫學의 병리관과 증후군에 따른 독특한 진단소견으로부터 약속된 체계의 이해부족, 현대역사속에서의 민족또는 전통문화에 대한 자기부정, 한약분쟁이라는 문화충돌로 야기된 전통문화에 대한 새로운인식, 강력한 사회는 보편화하며 허약한 사회는 특수화한다는 지적을 위해서도 지금까지의 패러다임에 얽매이지 말고 미래지향적인 또다른 패러다임의 형성이 요구되고 있다고 하겠다<sup>28-29</sup>.

따라서 저자는 한국에서 주류를 이루고 있는 東醫寶鑑醫學, 일본의 本流를 형성하고 있는 古方派醫學 및 중국의 中醫學사이에 相異한 학문적 특성을 비교함으로써 韓醫學의 장점을 살리고 단점을 보완하여 이 시대에 합당한 새로운 학문체계형성에 도움을 주고자한다<sup>註1)</sup>

## II. 본 론

### 1. 개 요

#### 1) 韓醫學의 學問的 未備點과 研究方法論에 대한 반성

최근 한국 한의학계에 절대적인 영향을 미치고 있는 東醫寶鑑 및 方藥合編중심에 대하여 많은 비판이 제기되고 있다. 즉 東醫寶鑑은 중국 明代까지의 문헌을 정리종합한 것으로 단지 金元時代醫學까지의 총괄이라고 보아야 하며 따라서 明·清代에 이루어진 성과가 제대로 반영되고 있지 못하여 溫病學과 辨證에 대한 인식부족을 지적하고 있다. 이와같은 한계성은 지금의 中醫學 辨證 체계에 대하여 정확한 이해를 할수 없으며 이 한계성의 극복은 각국의 民族醫學이라는 이데올로기적 사고에 얽매일 성질의 것이 아니다. 한편에서는 四象醫學이 가지고 있는 독특한 辨證체계의 장점을 가지고 東醫寶鑑의 미비점을 보완한다고 하지만 한계점도 동시에 안고 있음을 인정하지 않으면 안된다<sup>30</sup>. 그러므로 이와같은 학문적결핍을 보완하지 않으면 안되는 시대적 요구에 직면하고 있다고 하겠다.

韓醫學의 치료관은 인체의 생리구성성분인 陰液(血:血液의 營養·循環作用)과 기능계인 陽氣(氣:막연한 생명력내지 臟腑의 기능)간의 過不足 상태를 병태라고 가정하며 이들의 조화를 치료목표로 하고 있다. 이와같이 氣와 血에 바탕을 둔 傳統醫學의 병리관은 서양의학의 병리관이나 병태생화학에 기초한 병리병태와는 다른것이며 韓醫學의 병리관과 증후군에 따른 독특한 진단소견

註1) 동양의학에 있어서는 특히 유파형성이 특징인데 즉 한국에서는 방약합편처방위주의 동의보감의학과, 동의수세보원을 중심으로 하는 사상의학과, 상한론을 중심으로 하는 고방파가 있으며 일본에서는 후세방파, 고방파, 절충파, 중의학과등이 있어 각과 나름대로의 독특한 이론체계를 가지면서 발전을 하고 있다. 본고에서는 각국의 가장 일반적이면서 보편적인 유파만을 비교대상으로 한다.

으로부터 약속된 체계이다. 이 때문에 서양의학자에게는 해부학적사실과 無關하게 構築된 傳統醫學의 병리론을 이해시킨다는 것은 곤란하기 때문에 東西醫學의 접점을 의해서도 새로운 방법론을 모색하여야 한다.

또한 복수의 活性成分을 포함하는 生藥의 효능은 단일화합물의 작용을 해명하기위해서 고안된 실험적병태모델을 이용한 체계만으로는 해석하기 어려운 점도 많이 있기 때문에 실험적 藥理와 경험적 藥能을 종합하여 이해하는 것이 한의학의 발전에 도움이 될 것이라는 새로운 인식도 하여야 할 것이다. 이때 우리 韓醫學者들은 韓醫學을 탄생시키고 발전시켜온 기초원리의 방법론을 현대에 맞추어 새롭게 정립하여할 당위성을 가져야 하며 단순히 치료분야에서의 약물응용에만 편중되는 경향은 止揚하여야 할 것이다. 즉 근대서양의학체계속에서 藥用植物을 활용한다는 면도 중요하지만 지금부터는 傳統醫學이 가지는 독특한 체계를 활용하는 방향으로 나아가야 할 것이다(5,31)

최근 日本漢方の 태두인 大塚敬節도 근대서양의학의 세계관에 입각한 진단·치료에 저항감을 느끼면서 漢方の 연구에는 고대 중국인의 世界觀을 이해하는 것으로부터 시작하지 않으면 안된다고 하였다<sup>4)</sup>.

따라서 이와같은 방법론의 전개에 있어서 서구 문화의 요소들을 도입할 수는 있겠지만 이 과정에서 자기고유문화의 알맹이가 영원히 억제되거나 제거되지 않는다는 역사적진리와 함께 우리에게 가장 필요한 것은 목적에 가장 알맞게 현실을 그리면서도 현실을 어느정도 간추린 패러다임이라고 할 수 있다. 물론 知的·科學的進步는 새로운 사실이나 새롭게 발견된 사실을 설명하는데 있어서 그 힘을 점차 잃어가고 있는 어떤 패러다임으로부터 좀더 만족스러운 방식으로 설명할수 있는 새로운 패러다임으로 바뀌는 것을 의미하며 한 이론이 패러다임으로 받아들여지기 위해서는

경쟁이론보다 뛰어나야 하지만 그렇다고 해서 그 이론이 자기 앞에 펼쳐진 모든 사실을 남김없이 설명해야하는 것은 아니며 실제로 그렇게 하지도 못한다는 사실도 아울러 받아 들여야 할 것이다(29,32,33)

## 2) 日本漢方과 中醫學의 개괄

日本漢方은 원래 한반도를 통하여 중국의학이 흘러들어 갔으며 寬永16년(1639년) 鎖國체제가 확립되기 전까지는 중국의사가 일본에 귀화하는 등 중국의 영향아래 놓여 있었다. 그러나 江戶時代의 鎖國下에서는 중국 淸문화가 거의 수입되지 못하면서 일본 독자적인 체계가 형성되기 시작하여 많은 변화를 겪게된다<sup>34-36)</sup>.

이렇게 형성된 日本漢方은 後世方派의 이론보다는 先人들의 경험인 口訣이 중시되어 기초이론이 부족하다고 일컬어지며 古典依存主義, 經驗主義·症例主義가 중심을 이루는 術醫療, 간편口訣 漢方이라고 비판을 받으면서도<sup>37-40)</sup> 1883년부터 漢方專門醫는 西洋醫로 하였기 때문에 서양의학의 시점에서 많이 연구되어지고 있으며 특히 傷寒論연구에 있어서는 독자적인 성과가 있고 지금도 발전하고 있다. 또한 총론미완성이면서 각론우선의 의술이라는 비판이 있으며 기본적인 용어에서 국제적인 차이가 있고 中醫學의 기초이론이 없이 이루어져 동양의학 입장에서 이단이라는 의견도 있으며 生藥원료의 부족, 체계적인교육 및 한방연구시설의 부족등이 아울러 문제점으로 지적되고 있다<sup>41-45)</sup>.

中醫學은 1953년 모택동의 국내의학에 대한 선언의 단서로 1956년 北京中醫學院, 上海中醫學院, 廣州中醫學院, 成都中醫學院등 4개교가 창설되었고 이들 학교의 설립에 따른 통일된 교과서의 필요에 의하여 經方派, 時方派등 제파를 종합하여 새로운 이론체계가 형성되기 시작하였다. 즉 국가적지지로 전통의료를 재편하여 학문체계로서 확립하였고 辨證論治와 생체의 全體觀을 중심으로 하고 있다. 그러나 복잡한 학문적 분류와 기

초이론과 실제임상응용에 있어서 모순이 지적되며 教條主義的이라는 비판도 나오고 있다<sup>46)</sup>.

### 3) 思考의 差異

東醫寶鑑을 중시하는 韓醫學, 傷寒論을 기본문헌으로 하는 일본의 漢方醫學, 內經과 金元四大家들의 이론에 溫病學과 辨證學이 가미되었고 中西滙通에 이어 실증주의의 中西結合까지 연구된 中醫學간에는 똑같은 용어라 할지라도 정의가 다른 점이 있게 된다. 이와같은 경향은 크게 內經醫學과 傷寒論醫學체계간의 차이라고도 할수있는데 특히 陰陽虛實에 대해서는 이 두문헌사이에서 확연한 차이가 난다. 즉 <內經>에서의 陰陽虛實은 생체내부환경에 응용되는데 반하여 <傷寒論>은 이러한 인식이 그다지 깊지않다. 따라서 일반적으로 <傷寒論>에 기초한 陰陽虛實의 의미는 깊지 않지만 <內經>에서는 이 보다 훨씬 광범위하게 다루어 지고 있다. 예를들면 傷寒論입장에서 陰虛證이라면 陰證에서 虛證이 더하여진 증후로서 신진대사가 저하하여 피폐해진 상태를 의미한다. 한편 黃帝內經의 입장에서는 생체내부의 병태설명에서 陰虛證이라고 하면 陰이 虛하여 있는 상태라고 정의된다. 따라서 內經의학을 중시하는 韓醫學과 中醫學의 입장에서는 공통인식이 있으나 傷寒論위주의 日本漢方醫學과는 다르기 때문에 15c 초창기의 內經醫學을 버리고 17c 중엽부터 傷寒論중심의학으로 흘러간 일본한방의 배경을 살펴보는 것이 이해에 도움이 될것으로 생각한다<sup>47,48)</sup>.

日本漢方醫學은 1498년 12년간 明나라에 유학하고 돌아온 田代三喜(1465-1544)로부터 시작되었으며 이때는 金元醫學이 주류를 이루었다. 그러나 이 의학은 17c 중엽에 들어와서 새로운 풍조가 불기시작하여 큰 변화를 맞이하게 되는데 이른바 古方派의 등장이다. 즉 그 당시 일본 古方醫學者들은 中國醫學의 이론이 시대와 함께 더욱 복잡하게 되어 왔으며 觀念的이고 思辨的이라

고 하여 비판하기 시작한 것이다. 이것은 특히 古方派의 거두인 18c 吉益東洞(1702-73)의 “눈으로 볼수없는 것은 말하지않는다”, 永富獨嘯庵(1731-1766)의 “傷寒에 萬病이 있으며 萬病에 傷寒이 있다”는 이론에 많은 영향을 받았으며 이와같이 관념론을 배척한 日本漢方은 自覺症狀과 몸에 나타난 증상(他覺症狀)만을 확실한 것이라고 하여 증상만을 중시하게 되었으며 따라서 처방도 증상중심으로 결정하려고 하였다. 이와같은 경향은 철저히 자기의 실제경험을 보다 중요하게 여기게 되었으며 理論이라고하는 學을 배척하였기 때문에 필연적으로 術을 중시하는 방향으로 나아가게 되었다. 이런결과로 주관성이 강한 脈診法 대신에 실제로 명확하게 나타나는 腹診法이 독자적으로 발달하게 되었다. 최근에는 脈診에 대해서도 몇가지의 패튼으로 인식하면서 복잡한 정보처리를 간략히하여 재현성확립에 노력하고 있다. 따라서 이들이 중시한 문헌은 이론이 적으면서 증상에 대응하는 처방의 명확함과 광범위한 질병치료방법이 쓰여진 漢代의 傷寒論과 金匱要略이었다. 그러므로 日本漢方에서는 질병의 원인과 발생에 대한 이론이 부족하기 때문에 확실히 病邪에 대한 개념이 없다고 할 수 있으며 장부의 작용과 병태에 대한 이론도 없기 때문에 질병을 전신증상과 체질적으로만 파악하기 쉽다. 이와같은 사고의 등장배경에는 쇄국정책으로 그 당시 발전된 중국의학이 수입되지 못하였고 관념론을 그다지 좋아하지 않는 일본인의 성질과 부합되며 또한 실증주의를 바탕으로 한 당시 유럽의 근대사상이 들어 왔기 때문이다<sup>34,49-51)</sup>.

## 2. 治療體系

진찰방법은 한국, 일본, 중국등 3국이 거의 비슷하지만 치료처방을 결정하기까지의 방법에서는 차이가 많이난다. 日本漢方은 日本漢方의 입장에서 체력과 질병경과와 증후군을 종합하여 처방단위로 歸納시키는 方劑單位의 症候辨證이다. 즉

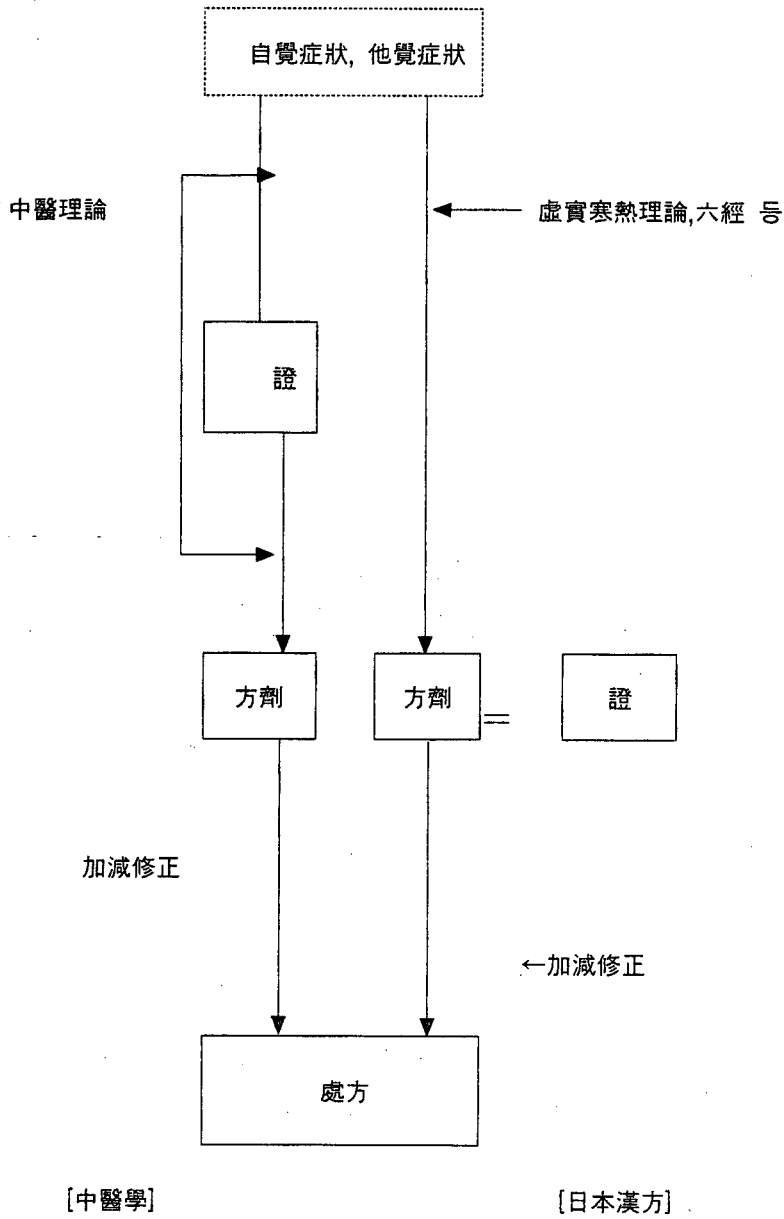


그림 1. 처방결정과정

症候(經過, 性質, 體力)에 約束處方을 대비시키는 方證相對, 方證一致의 隨證治療를 강조한다. 이것을 日本漢方の 症候辨證(方劑辨證)이라고 지칭한다. 따라서 우선 환자의 호소(自覺症狀)와 진찰결과(他覺所見)를 토대로 氣血水, 虛實, 六經등에 의하여 병증을 분류하고 여기에 해당하는 처방을 선택한다. 예를들면 傷寒論과 金匱要略에 예시된 특수증후패턴(胸脇苦滿, 心下痞硬, 小腹痛結, 小腹痛不仁 등)에 대응하는 約束處方(小柴胡湯, 半夏瀉心湯, 桃核承氣湯, 八味地黃丸 등)을 적용시키는 방법이 일본적이라고 할 수 있다. 이와같은 隨證治療 중심은 중국傳統醫學의 원리를 모두 받아들인 것이 아니며 병리를 유추함이 적고 이론을 적게 하면서 形과 技術만을 濃縮한 日本的 思考方式의 결과라고 생각된다. 이 방법은 證(假說)과 處方(結論)의 일치를 강조하며 處方의 有效性을 증명하기 위해서 古典의 文獻이나 口訣에 의존하여야 되며 논리성이 부족한 면이 있다.<sup>52,53)</sup>

中醫學은 黃帝內經과 金元四大家들을 비롯한 諸理論을 중시하고 病理辨證(陰液과 陽氣의 失調 : 病理의 失調)에서 추측된 病理病態를 파악하여 이것을 中藥의 經驗的 效能으로 개선시키는 것을 목표로 한다. 이것을 中醫의 病理辨證이라고 한다. 즉 증후와 소견(설진, 맥진)으로부터 병리를 推論해내며 이에 맞추어 경험적인 약효에 바탕한 약물을 선택한다(그림 1). 이 방법은 일본보다 形而上學的인 病理를 강조하며 個個生藥의 效能으로 조정하는 것을 목표로 하기 때문에 生藥單位의 치료법이다라고 할수 있다. 이 사고방식은 證候의 背後에 있는 病理를 推論하여 여기에 알맞은 生藥을 구사하기 때문에 論理的이며 한층 발전된 形態로 여겨지나 形而上의 이론에 치우쳐있고 사물을 더욱 복잡하게 하고 있다.<sup>54-56)</sup>

### 3. 病態認識<sup>57-60)</sup>

中醫學의 특징은 辨證論治이고 日本漢方の 특징은 隨證治療이다. 이와같은 두방법의 증을 파악하는 기본사고는 병태인식에 의한다고 할 수있

다. 이 병태인식이라는 것은 病因(外因六淫, 內因七情, 不內外因), 病機(陰陽不和, 昇降失常, 臟腑失調), 發病(邪實正虛)등을 포함하고 있으며 16c 前까지는 3국이 공통이었다. 그러나 일본은 江戸時代에 들어와서 後世方에서도, 古方에서도 독자적인 이론을 만들어 내기 시작하였다. 즉 後世方の 도입자인 田代三喜의 모든 병인은 風·濕 2邪에 의하여, 병은 血·氣·痰의 3가지로 나누어진다는 설을 비롯하여 그의 제자 曲直瀬道三은 察證辨治와 臨機應變, 香月牛山은 一氣流行說, 名古屋玄醫는 百病은 風·寒·濕에 의하여 생긴다는 설, 後藤良山の 一氣留滯說, 吉益東洞의 萬病一毒說, 吉益南涯의 氣血水說등의 諸說이 탄생하게 되었다. 따라서 이런영향으로 일본은 중국과 한국의 영향을 받으면서도 독자적인 발달을 하게되어 현대에 이르러서도 증을 파악하는 방법으로서 우선 陰陽, 虛實, 寒熱을 생각한 다음 氣·血·水로서 판단한다. 이와같은 방법은 현재 中醫學과 비교하여 크게 다음과 같이 4가지의 차이점을 발견하게 된다.

#### ① 同名異質의 陰陽虛實

일본에서 陰陽은 주로 傷寒論의 3陰3陽개념으로 3陽은 거의 熱과 같은 의미로 사용된다. 따라서 陽虛는 熱과 虛의 조합이다. 中醫學의 陰陽은 陰液과 陽氣의 의미이며 陽虛는 寒象과 氣虛의 조합, 陰虛는 熱象과 血虛의 조합이다. 또한 日本漢方の 虛實은 체력의 강약과 병사에 대한 저항력의 강약을 의미하는데 반하여 中醫學에서는 이외에도 邪氣實의 의미도 포함되어 있다. 이 문제는 국제적으로 해결하여야 할 주제이다.

#### ② 異名類似語

日本漢方の 水毒은 中醫學에서 水氣, 濕, 痰飲, 痰 등으로 표현되는데 이에대한 유사점과 차이점을 규명하여야 한다.



③ 日本漢方에서는 中醫學의 六淫, 七情과 같은 병인에 대한 인식이 그다지 없다.

④ 肝氣, 肝陽, 肝陰, 肝火, 肝風, 脾陰, 胃陽같은 臟腑辨證에 관한 인식은 한의학이나 일본한방에서는 모두 없다.

#### 4. 진단체계 및 辨證체계<sup>61-64)</sup>

日本漢方은 서양의학적 병명, 四診, 腹診으로 증을 결정하며 六經分類를 중시한다. 또한 氣血水불균형을 추구하며 패턴인식방법이다. 이에 반하여 中醫學은 理(질병이 나타내는 병태생리와 辨證진단), 法(辨證진단에 의하여 파악한 병증에 치료법칙을 결정하는 것, 즉 立法), 方藥(치료처방약물)의 원칙에 따라 행하며 맥진, 설진을 중시하고 八綱, 臟腑, 經絡辨證등을 응용한다.

특히 한방의 4診중에서 日本漢方에서는 腹診法, 中醫學에서는 舌診이 중시되고 있는데 이중에서 腹診法은 일본인이 발명하고 일본인이 체계를 만들었기 때문에 중국의학으로부터 탈피한 日本漢方을 특징지우는 진단법으로 평가되고 있으며 역사가 깊다. 이 腹診法이 3국중에서도 중국과 한국에서 발달하지 못한 원인으로서 朱子學중심의 유교영향이라든가 金元四大家의 이론중심의 학 때문이라고 지적되고 있으나 최근에 들어와서 한국과 중국에도 도입되기 시작하고 있어 앞으로 동양 3국 공통의 觸診法으로서 정립될 것으로 생각한다.

이와같은 診斷法을 응용한 진단체계에는 복잡하고 여러 가지가 있어 一律的으로 論하기가 쉽지않지만 대표적이면서 主要한 것만을 들어 비교해 보겠다.

① 經過辨證 : 症候의 經過에 따라 生藥이나 處方을 선택

陽病期: 太陽病期 → 少陽病期 → 陽明病期

(表證) (半表半裏證) (裏證)

陰病期: 太陰病期 → 少陰病期 → 厥陰病期

(裏證) (裏證) (裏證)

② 病性の 辨證: 病性和 相對하는 藥性の 生藥을 선택

熱證(陽證): 寒性, 凉性の 生藥을 주로 하는 處方

寒症(陰證): 熱性, 溫性の 生藥을 주로하는 處方

③ 體力辨證: 體力の 虛實에 따라 處方을 선택

實證: 體力에 餘力이 있고 生理機能이 過亢進한 상태 瀉劑의 적용

虛實中間證

虛證: 體力の 餘力이 없고 生理機能이 衰退한 상태 補劑의 적용

④ 病理辨證: 病理의 虛實에 따라 瀉劑와 補劑를 선택

實證: 生理機能의 過亢進 또는 病理產物의 停滯

瀉劑(氣滯→理氣, 瘀血→活血, 水滯→利水, 痰飲→化痰)

虛實錯綜

虛證: 生理機能의 虛衰와 構成性分의 不足

補劑(氣虛→補氣, 陽虛→補陽, 血虛→補血, 陰虛→補陰)

이상 대표적인 네가지 방법을 통하여 살펴보면 中醫學에서는 病理辨證과 病性辨證을 중시하여 處方하고 日本漢方에서는 經過辨證, 病性辨證, 體力辨證에 근거하여 證을 판단하고 처방을 운용한다(그림 2).



## 5. 병리관<sup>65,66)</sup>

병리개념으로서 한국의 東醫寶鑑醫學에서는 精·神·氣·血의 2원론에 바탕한 4원론, 中醫學에서는 氣(陽氣)·血(陰液)의 2원론로 설명하고 있으나 이 중에서 일본은 精·血에서 水개념을 분리하여 氣·血·水라는 3원론으로 설명하고 있다. 일본의 水개념은 韓醫學과 中醫學의 痰飲과 거의 일치하고 있다(표 1).

현재 일본에서는 1950년대부터 개발되기 시작한 추출물제형이 주류를 이루고있으며 한국과 중국에 비하여 丸劑·散劑·軟膏劑등이 적고 煎湯劑도 정해진 방제단위로 사용하며 가감이 거의 없다. 이에 비하여 韓醫學과 中醫學에서는 기본 처방을 바탕으로하여 대부분 加減을 하고 있으며 제형의 종류도 많다.

이와같은 日本漢方은 처방학이라고도 말하여지듯이 처방의 정확한 활용이 무엇보다도 중요하다.

表 1. 中醫學과 日本漢方에 있어서 陰陽虛實(病理의 虛實)

中醫學		日本漢方	虛(正氣의 機能과 量의 不足)	實(病邪와 病理產物의 鬱滯)
陽氣	氣	氣 ┌ 氣鬱 ├ 氣上衝 └ 氣虛	氣虛(←補氣:四君子湯) 氣虛痰飲(←補氣化痰:六君子湯) 陽虛(氣虛證과 虛寒證) (←補陽:人蔘湯)	氣滯·氣鬱(←理氣:香蘇散) 脾胃氣滯(←茯苓飲) 肝氣鬱結(←四逆散) 氣鬱痰飲(←柴朴湯)
陰液 (津液) (精)	血 ┌ 瘀血 └ 血瘀	水:水毒 (水滯)	血虛(←補血:四物湯) 血虛氣虛(←補血補氣:十全大補湯) 血虛水滯(←補血利水: 當歸芍藥散) 陰虛(血虛證과 反熱證)(←補陰:六味丸) 陰虛氣虛(←補陰補氣:麥門冬湯)	血瘀(←活血:桂枝茯苓丸) 血瘀氣滯(←活血理氣: 通導散) 水滯(水毒)(←利水:五苓散) 痰飲(←火痰:半夏厚朴湯)

## 6. 藥 物

### 1) 개괄<sup>5,66,67)</sup>

中醫學은 傳統醫學의 臨床經驗으로부터 총괄된 經驗的 效能論(藥能) 즉 자연현상을 관찰하는 과정에서 生藥의 效能을 가정한다. 이에 대한 방법으로서는 氣味論, 七情說, 引經補瀉說, 君臣佐使說등이 응용되는데 이는 학자들마다 다르며 특히 매우 추상적이고 임상적이지 못하다는 비판이 있다.

이를 위해서는 構成生藥의 작용에 대한 藥理, 藥能의 지식이 필요하기 때문에 본초학의 공론적인 藥能을 배제하고 방제운용의 입장에서 傷寒의 藥能으로 귀납하였다. 이방법은 임상적 실용성이 있으며 두가지 약물을 배합하면 약효가 달라진다는 약효의 方向轉換說등이 있다. 또한 18c부터 들어오기 시작한 서양의학의 영향으로 유효성분의 해명에도 뚜렷한 업적을 남겼는데 이는 즉 16c Paracelsus (1493-1551)에 의하여 제창된 이

론에 근거하여 실험적으로 명확히 밝혀진 약물의 작용(藥理)에 초점을 맞추고 있다. 이 이론은 자연현상을 관찰하는 과정에서 생겨난 生藥의 약효에는 活性本體(生藥의 精: Arcanum)가 있다는 假說인데, 이 假說에 의하여 生藥中の 有效成分이 밝혀지게 되었다. 이런 영향으로 明治이후에는 本草學을 치료의학과 동떨어진 博物學영역으로 偏向하는 경향이 나타나게 되었다.

2) 配合生藥造成의 差異<sup>66)</sup>

配合生藥造成에 관해서는 處方名이 같더라도 構成配合이 다른 異物同名處方이 있다. 특히 일본에서는 漢方抽出物製劑가 발달하고 있는데 이 내용은 既存 中國傳統文獻의 처방내용과 다르므로 깊이 연구되어야 한다(표 2, 3).

3) 配合生藥 規格의 差異<sup>66)</sup>

生藥名이 같더라도 規格(起源이나 使用部位 등)이 다른 異物同名生藥이 있으므로 비교하여야 한다. 즉 中國規格의 中藥이 日本局方의 規정에 적합하지않는 것이 있기 때문에 중국의 규정을 그대로 사용할수 없다. 小柴胡湯과 사군자탕의 예를들면 中國의 경우는 黨參이지만 한국과 日本에서는 人蔘이다. 人蔘은 Panax ginseng C.A. Mayer의 根이고, 黨參은 Codonopsis pilosula Nannf.의 根이므로 이들의 차이에 대한 연구도 있어야 된다. 따라서 四君子湯을 비롯한 人蔘劑(人蔘湯, 六君子湯, 補中益氣湯, 十全大補湯 등)에 대하여서는 中醫學的 病理辨證과 藥能에 의한 檢證이 필요하다(표 4).

表 2. 代表的인 異物同名處方(일본한방의 예)

安中散 柴胡加龍骨牡蠣湯	和劑局方の 乾薑대신에 縮砂가 配合 傷寒論에는 12가지이나 鉛丹을 뺀 11味が 主이며 大黃까지 除外된 10味の 製劑도 있다.
四君子湯	中醫學에서는 黨蔘, 茯苓, 白朮, 炙甘草의 4味이지만 日本에서는 黨蔘대신에 人蔘, 炙甘草대신에 甘草이며 生薑, 大棗가 加味된 6가지이다.
龍膽瀉肝湯	中醫學에서는 疎肝藥(理氣藥)인 柴胡가 配合된 處方이 主이지만 日本에서는 柴胡가 들어가 있지않다.
四物湯	중의학에서는 熟地黃, 白芍藥이지만, 일본은 地黃(乾地黃), 芍藥이다.

表 3. 配合生藥의 造成比가 다른 예(일본한방의 예)

茵陳五苓散 四逆散	金匱要略에서는 茵陳蒿末:五苓散이 2:1이지만 日本에서는 茵陳蒿가 적다. 傷寒論에서는 4味の 生藥이 等量으로 되어있지만 日本에서는 甘草, 枳實의 比가 적다.
當歸芍藥散	金匱要略에서는 芍藥이 茯苓, 朮, 當歸보다 4~5倍 用量으로 되어있지만, 日本에서는 芍藥의  비율이 낮다.

表 4. 日本規格의 漢方藥과 中國規格의 中藥(異物同名生藥)

1. 起源植物이 다른 경우

1) 日本規格의 生藥이 보다 일반적인 것  
當歸 川芎 厚朴 防己 陳皮 白朮<sup>註2)</sup>

2) 起源植物이 다르지만 日本産이나 中國規格이 모두 사용되는 경우 柴胡 黃連 白朮 獨活 羌活 藁本 山椒 牛膝 白芷 辛夷 防風(浜防風)

2. 사용부분이나 규격이 中藥과 다른 경우

1) 茵陳蒿와 綿茵陳: 일본에서는 花穗를 사용하고 幼苗에 起源하는 綿茵陳은 日本局方에서는 不適合<sup>註3)</sup>

2) 桂枝와 桂皮: 일본에서는 桂皮(樹皮)를 사용하는데 비하여 中醫學에서는 桂枝(辛溫解表)와 肉桂(溫裏祛寒)의 사용구분이 있다. 그러나 日本規格抽出物製劑에서는 이들간의 差異에 대한 再現성이 나타나지 않았으며 中藥의 桂枝는 日本局方에서 不適合하다.

3) 荊芥(荊芥穗): 일본에서는 花穗를 使用하고 中醫學에서는 地上部(梗, 葉)全體를 使用하는데 이는 日本局方에서 不適合하다.

4) 細辛: 일본에서는 地下部(根과 根莖)를 使用하고 中醫學에서는 全草를 사용하는데 이는 日本局方에서 不適合하다.

5) 赤芍藥과 白芍藥: 일본의 芍藥은 中藥의 白芍藥에 해당하는것만 사용하며 中醫學의 白芍藥(緩急止痛)과 赤芍藥(活血祛瘀)의 구분에 대하여 日本規格抽出物製劑에서는 이들간의 차이에 대한 再現성이 나타나지 않았다. 中藥의 赤芍藥은 日本局方에서는 不適合하다.

3. 加工調劑法(修治, 炮煮)의 差異

炮附子· 烏頭· 加工附子· 修治附子, 生地黃· 乾地黃· 熟地黃, 炙甘草· 甘草, 生薑· 乾生薑· 乾薑 등 加工法에 의한 中藥의 藥能差異를 日本規格抽出物製劑에서는 再現성을 입증할수 없었다.

4) 약처방의 분량<sup>5,68-70)</sup>

본 比較研究의 대상국인 한국, 중국, 일본은 풍토와 민족 등 先天的 素質과 환경이 다르기 때문에 당연히 소화기능의 차이도 있게 된다. 그러므로 고대 중국에서 탄생한 동양의학이 각국에 수입되어 발전할때는 당연히 각 나라에 합당한 방법으로 나아가게 되는데 약처방의 분량 문제도

이와같은 맥락에서 논의되어야 할 사항이다. 비교적 환경이 유사한 한국과 중국을 비교하면 중국이 한국보다 많은 분량이며 특히 일본과는 상당한 차이가 나타나고 있다.

처방분량에 대한 중국과 일본의 차이에 대해서는 지금까지 많은 논란을 일으켜왔던 문제중의 하나로서 현재 사용되고 있는 日本處方은 중국의 1/3-1/5정도이다. 이와같은 경향은 최근의 일이 아니며 安土· 桃山시대(1568-1615)까지 거슬러 올라간다. 이에 대한 이유로서 일본한방에서는 최초로 1713년 貝原益軒의 <養生訓>에 나와있는데 즉 중국인은 일본인보다 頑健하며 肉食을 위주로 하고 음식의 양이 많으며 胃腸이 튼튼하다고 우선 지적하였다. 그러나 그는 이러한 원인만으로 3-5배의 차이에 대해서는 自問하면서 다음의 2가지를 더 추측하고 있다. 즉 수입에 의존하

註2) 中藥의 白朮(*Attractylodes ovata*)도 日本局方에 適合하지만, 일본에서는 *A. japonica*에 起源하는 朮을 白朮로 사용하고 있다. 그러나 *A. japonica*에 起源하는 朮은 중국에서는 蒼朮類로 분류되고 있다.

註3) 日本漢方の 茵陳蒿는 *Artemisia capillaris*의 花穗이고 中藥의 茵陳은 *A. scoparia* 또는 *A. capillaris*의 乾燥幼苗이며 그 모양으로부터 일본에서는 綿茵陳이라고 한다. 일본규격의 茵陳 水煎液에는 Oddi괄약근 이완작용(담즙배설 촉진작용)이 있지만 中藥의 茵陳에는 나타나지 않았기 때문에 실험적담당작용을 지표로 한다면 花穗를 사용하는 것이 幼苗보다 유효성이 높다.

는 藥資源을 절약하려는 습관과 日本醫師의 力量이 中國醫師보다 못하기 때문에 될 수 있는 한 적은 용량부터 시험하려는 습관이라고 지적하였다. 최근에는 이 문제에 대하여 중국의 물은 硬水이고 일본은 軟水(軟水가 溶解率이 높다)이며, 生藥의 劑型에 있어서도 아주 잘게 썰어 溶解率을 높이고 있고, 또한 식생활과 생활환경차이로 오는 체질적 차이를 인정하여야 된다는 보고가 나오고 있다. 즉 중국의 기후는 일본보다 寒暖이나 燥濕의 차가 크기 때문에 濕性이나 寒性, 祛濕藥 등이 많게 되며 일본은 한국보다 濕氣가 많기 때문에 이로 인한 관절계통질환에 附子劑가 多用된다. 또 한편에서는 좀더 본질적인 차원에서의 解明으로 藥效평가에 있어서 宋學의 영향아래 陰陽五行, 臟象理論, 經絡理論을 중심으로 재편성된 金元醫學에 입각한 藥理해석과 香川秀庵의 <一本堂藥選>, 吉益東洞의 <藥徵> 등에서 보여지는 일본특유의 古方醫學과의 사고의 차이라고 하였다. 그러나 지금까지 연구된바로는 확실한 결론이 나오고 있지 못하며 다만 오랜 역사를 거치면서 형성된 하나의 특징이라고 할 수 있다.

5) 새로운 劑型에 대하여<sup>71)</sup>

최근 서양의학적인 연구에 발맞추어 韓醫學과 中醫學의 “同病異治”, 日本漢方の “異病同治”를 하나의 통일된 방향으로서 추출물제형이 발달하고 있다. 이 제형은 특히 일본에서 1950년대부터 시작되었으며 1970년 들어와서 비약적인 발전을 하여 한방의 객관적 효능입증에 대단한 기여를 하였다. 그러나 抽出物製劑의 적은 用量은 부작용이 적을뿐만아니라 효과도 적다는 비판이 있으므로 향후 中藥의 煎劑와 한국·일본의 한방 추출물제제의 임상적 효능효과에 대한 차이에 대하여서도 더욱 규명되어져야 할 과제이다.

7. 처방구성의 특징<sup>57,70)</sup>

처방구성에 있어서는 한국의 東醫寶鑑을 위주로 한 後世方중심, 일본의 傷寒論을 위주한 古

方중심, 中醫學간의 특징을 비교해 보면 다음과 같다.

1) 後世方

和劑局方, 金元四大家의 처방군, 醫學入門, 萬病回春, 醫方集解등을 출전으로 하는 처방이 많다. 구성生藥은 다수이고, 작용도 대부분 완만하며 처방면은 藥效를 표시하는 것이 많다. 慢性疾患에 좀더 합당하다.

2) 古方

傷寒論의 113방, 金匱要略의 265방이 중심이다. 構成生藥은 小數이며 구체적인 藥物數는 4, 3, 2, 5, 7, 6종류의 순이다. 사용되어지는 生藥은 甘草, 桂枝, 生薑, 大棗, 芍藥등이 많다. 처방명은 주로 生藥名을 사용하고 있다.

3) 中醫學

각종 辨證과 기존처방을 참고하여 증례마다 中藥을 배합하여 처방을 만든다. 中藥의 藥能, 藥理學, 方劑學등이 체계지워져 있으며 動物生藥도 많다. 또한 清代에 확립된 溫病學의 처방도 자주 응용된다.

이상과 같은 각각의 특징을 가지면서 공통점으로서는 다음과 같이 요약할 수 있다.

① 한방의료는 개인적인 특성에 맞춘 치료의술이기 때문에 엄밀하게 말하여 동일한 환자는 없다고까지 말할 수 있다. 따라서 원칙적으로는 한 사람 한사람씩 별개의 藥用量과 加減을 하여야 한다.

② 지금 응용되고 있는 처방들은 역사적으로 도태를 거쳐 그 유효성이 실증된 것이므로 높이 평가하여야 한다.

③ 한방처방은 다면적인 대응이 가능하며 藥물의 효능도 다양하기 때문에 개개 生藥의 작용을 숙지하면 동일처방을 다른 병태에도 응용가능하게 된다.

## 8. 專門用語의 개념

### 1) 陰陽의 개념<sup>66,73)</sup>

陰陽의 의미에 대해서는 出典에 따라 字義用法에 차이가 있지만 의학에 있어서는 다음 5種으로 응용되고 있다.

#### ① 八綱으로서 陰陽

陽證(表證·實證·熱證)과 陰證(裏證·虛證·寒症)은 환자의 自覺症狀이나 他覺的 所見을 8종류의 개념으로 분류하여 治療藥을 선택하기 위한 診斷의 要點이 된다.

#### ② 脈으로서 陰陽

陽脈(浮脈, 數脈)

陰脈(沈脈, 遲脈)

③ 證候의 經時的 變化(陽病期와 陰病期)와 病性(陽證과 陰證)을 나타낸다.

④ 病因을 陰邪와 陽邪로 나누어진다.

⑤ 인체의 生理와 病理를 陰液(構成成分)과 陽氣(機能)로 구분한다.

이와같은 陰陽의 개념에 대해서 日本漢方은 中醫學의 근간을 이루는 음양이론의 觀念론적 요소를 싫어하여 좁은 범위로 한정하여 사용하고 있다. 즉 陰證이라고 하는 것은 寒性·비활동성·沈降性등, 陽證은 熱性·활동성·上昇性등을 뜻한다. 寒症과 熱症의 개념은 中醫學과 같다. 따라서 中醫學에서는 ⑤의 字意에 크게 의존하며 日本漢方에서는 ③의 字意에 따라 응용된다. 또한 日本漢方에서는 證候의 性質을 ①에 따라 陰證과 陽證으로 區分하지만 이것은 中醫學에서 말하는 病性的 寒症·熱證에 가깝다. 이 病性的 陰證·陽證은 體力의 充實度를 나타내는 虛證·實證과 合하여 陰虛證·陽實證으로 表現된다. 이와같은 기본용어에 대한 개념은 중요하기 때문에 이를 좀더 구체적으로 살펴 보고자 한다.

#### i) 中醫學에서의 陰陽虛實<sup>66)</sup>

中醫學에서의 陰陽은 人體의 構成成分(陰液 : 血과 津液(=水)과 機能(陽氣 : 氣)을 뜻하며 虛實은 이의 不調和를 의미한다(표 5, 6).

表 5. 病理의 虛證(症候와 主要方劑)

陽氣虛	
氣虛	(痰飲, 血虛를 隨伴)
▶ 氣力減退 易疲勞 眼精低下 食慾不振 空腹感이 없음 腹部膨滿感 泥狀便	
脾胃氣虛← 補氣藥 : 人蔘 甘草 大棗 山藥 粳米 饅飴 黃芪 朮 茯苓 薏苡仁	
← 補氣劑 : 四君子湯 補中益氣湯 人蔘湯	
← 補氣化痰藥 : 六君子湯 半夏白朮天麻湯	
← 補氣理氣劑 : 茯苓飲 茯苓飲合半夏厚朴湯(柴朴湯)	
▶ 氣力減退 易疲勞 慢性咳嗽와 咯痰 短氣	
心血虛← 補氣劑 : 參蘇飲 柴朴湯 麥門冬湯 (肺氣陰虛)	
陽虛(氣虛의 症狀에 全身및 四肢의 冷感을 隨伴하는 경우)	
← 補陽藥 : 附子 桂皮 乾薑 丁子 吳茱萸 細辛(人蔘, 黃芪, 甘草)	
← 補陽劑 : 人蔘湯 桂枝人蔘湯 吳茱萸湯 大建中湯 眞武湯 八味地黃丸	
陰液의 虛	
血虛	(氣虛, 水滯를 同伴)
▶ 顔面蒼白 皮膚枯燥 齒肉과 口脣 및 爪甲의 色이 안좋음 眩暈 眼昏 筋肉경련 저린感 脈細	
← 補血藥 : 當歸 芍藥(白) 熟地黃 何首烏 阿膠	
← 補血劑 : 四物湯 芎歸膠艾湯 當歸飲子 疏經活血湯, 七物降下湯	
← 補血補氣劑 : 十全大補湯 人蔘養榮湯 歸脾湯	
← 補血利水劑 : 當歸芍藥散, 當歸四逆加吳茱萸生薑湯	
▶ 顔面蒼白 皮膚枯燥 頭眩 淺眠 多夢 不安感 焦燥 健忘	
心血虛← 補血藥 : 遠志 龍眼肉 酸棗仁	
← 補血劑 : 甘麥大棗湯 酸棗仁湯 歸脾湯 加味歸脾湯	
陰虛(血虛의 證候에 口渴 手掌足心の 煩熱등 虛熱證을 隨伴한 경우)	
← 補陰藥 : 麥門冬 地黃 五味子 何首烏 阿膠 山藥 山茱萸	
← 補陰劑 : 六味丸 滋陰降火湯 滋陰至寶湯 溫經湯 三物黃芩湯	
← 補陰補氣劑 : 麥門冬 清暑益氣湯 炙甘草湯 清心連子飲	

表 6. 病理의 實證(症候와 主要方劑)

陽氣實	
氣滯	(水滯, 血瘀를 同伴)
▶ 噯氣 惡心 食慾不振 咽喉頭異物感 腹部膨滿感이 있는 消化器 症狀	
脾胃氣滯← 理氣藥 : 陳皮 枳實 紫蘇葉 縮砂 小茴香 厚朴 木香	
理氣化痰藥 : 二陳湯 半夏厚朴湯 平胃散 茯苓飲 六君子湯 參蘇飲 柴朴湯	
▶ 焦燥 多怒 煩悶 胸滿 不安感 不眠같은 精神神經症狀	
肝氣鬱結← 理氣藥 : 柴胡 枳實 香附子	
理氣劑 : 四逆散 加味逍遙散 大柴胡湯 小柴胡湯 柴朴湯	
柴胡加龍骨牡蠣湯 三黃瀉心湯 黃連解毒湯 釣藤散 抑肝散	
陰液實	
血瘀 (瘀血)	(氣滯, 水滯를 同伴)
▶ 粘膜과 舌의 鬱血狀態 細絡 肌黃 骨盤內鬱血症狀	
血瘀 ← 活血藥 : 桃仁 牛膝 蘇木 牡丹皮 紅花 (當歸 川芎)	
活血劑 : 桃核承氣湯, 大黃牡丹皮湯, 桂枝茯苓丸, 治打撲一方	
活血理氣劑 : 通導散 加味逍遙散 女神散	
活血利水劑 : 五淋散 當歸芍藥散 疏經活血湯	
水滯(水毒)	(氣滯, 氣虛를 隨伴한 경우)
▶ 頭重感 眩暈感 動悸 四肢와 全身浮腫 腹鳴	
水滯← 利尿藥 : 茯苓 豬苓 朮 黃芪 澤瀉 薏苡仁 防己 木通	
利尿劑 : 五苓散 豬苓散 苓桂朮甘湯 眞武湯 越婢加朮湯, 防己黃芪湯	
▶ 眩暈 惡心 嘔吐 咽喉部의 閉塞感 食慾不振 腹部膨滿感 腹鳴	
痰飲← 化痰藥 : 半夏 生薑 茯苓 紫蘇葉 細辛 桔梗 瓜蒌仁	
化痰理氣劑 : 半夏厚朴湯 二陳湯 平胃散 茯苓飲 柴朴湯	
化痰補氣劑 : 六君子湯 半夏白朮天麻湯 竹茹溫膽湯	

ii) 日本 漢方에서의 陰陽虛實<sup>74,75)</sup>

日本에서의 陰陽의 개념은 傷寒論에 근거한 證候의 經過를 분류하기 위하여 응용된다. 즉 陽病期의 證候病性은 陽證, 陰病期의 證候病性은 陰證이라고 한다. 그리고 虛實의 개념은 宿主의 體力(抗病力)이나 몸상태의 정도를 나타내기 위하여 사용되어진다. 다시말하여 虛證은 아원형이며 筋骨薄弱한 사람(虛弱體質이며 泄瀉, 盜汗傾向), 實證은 튼튼한 형이며 딱부러진 체격(強壯體質로서 便秘傾向), 虛實中間型(두형의 中間型)으로 나누며 해부학적 個體差(Rohrer指數라든지 上腹角)를 분류하기 위해서도 사용되어진다(표 7).

이와같은 개념을 응용하여 日本漢方의 證 診斷 개념은 陰陽과 虛實을 종합하여 陽實證, 陰虛證, 虛實中間證의 3단계로 類型分類한다. 이 陽實證은 체력이 충실한 實證의 사람이 陽證(熱證)의 증상을 띠는 상태이며, 陰虛證은 체력이 低下한 虛證의 사람이 陰證(寒症)의 증상을 띠는 상태(貧血症傾向, 低血壓傾向으로 冷症狀態)이고, 체력과 病性이 모두 中間移行型을 虛實中間證이라고 定義한다. 柴胡가 配合된 處方을 예로 들면 大柴胡湯은 陽實證에, 陰虛證에는 補中益氣湯, 中間지점에서는 小柴胡湯 또는 柴胡桂枝湯 등이 해당된다(그림 3).



表 7. 日本漢方證候의 經時的 變化를 意味하는 陰陽(經過의 陰陽)

<p>陽病期 [體力&gt;病因：熱性的 症候群]</p> <p>太陽病期 [表病← 發汗法, 輕症型 (中風) 桂枝湯類；重症型 (傷寒) 麻黃湯類]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 感冒樣症候群의 初期症狀에 應用한다.</li> <li>· 頭痛 惡寒 發熱 筋肉과 關節痛(脈：浮)</li> </ul> <p>少陽病期 [半表半裏證← 和解法(小柴胡湯類, 半夏瀉心湯類)]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 感冒樣症候群의 亞急性期와 알리지 疾患(喘息, 耳鼻科領域, 皮膚病, 肝腎障礙) 等の 遷延期에 應用한다.</li> <li>· 發熱과 惡寒이 交叉(往來寒熱), 口苦 嘔氣 食慾不振 脇腹壓迫感(自他覺症狀), 全身의 不快感(脈：弦, 舌：白苔, 腹：胸脇苦滿)</li> </ul> <p>陽明病期 [裏(熱)證 瀉下法 (承氣湯類, 白虎湯類)]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 傷寒系疾患에 應用하는 例는 적지 않으며, 雜病系疾患의 高脂血症을 隨班하는 成人病과 婦人 更年期障礙의 病態에  사용한다.(이것은 病理診斷을  주로 하는 方에  좋다)</li> </ul>
<p>陰病期 [體力&lt;病因：寒性( 또는 虛熱性)의 症候群]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 傷寒系 疾患에  응용하는 例는 적다. 雜病系의 病理診斷에  의하면 IBS같은 消化機能障 碍, 老人性의 消耗性 疾患, 抗癌劑의 副作用症候등이 陰病期의 症候와 類似하다.</li> </ul> <p>太陰病期 [裏(寒)證← 溫補法(人蔘湯類, 小建中湯類)]</p> <p>腹部膨滿感(虛滿), 腹滿, 下痢 (脈：沈細, 舌：濕潤 白苔, 腹：軟弱)</p> <p>少陰病期 [裏(寒)證← 溫補法(眞武湯類, 麻黃附子細辛湯)]</p> <p>氣力減退 疲勞感 不安感 惡寒 水樣性下痢, 四肢厥冷(脈：沈, 微, 細, 腹：軟弱)</p> <p>厥陰病期 [裏(寒)證← 溫補法]</p> <p>氣力減退 口悶 惡寒 水樣性下痢 四肢厥冷 口渴 煩熱(虛熱)</p>

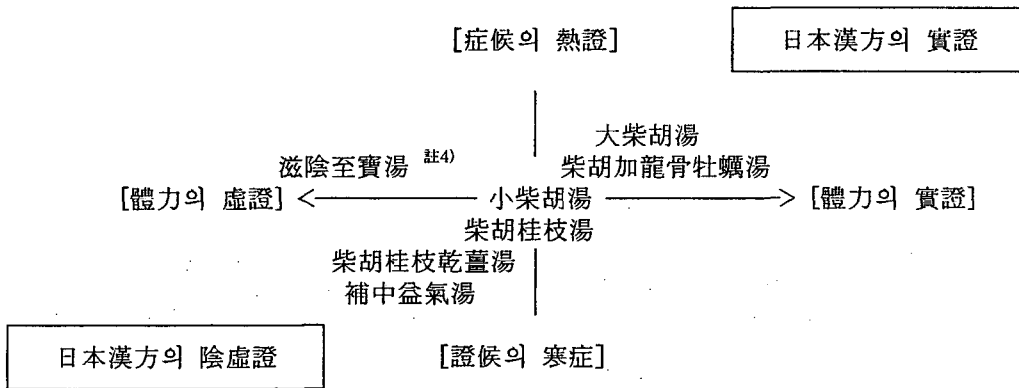


그림 3. 柴胡劑 配合處方의 日本漢方입장에서의 分類

註4) 음허에 의한 허열증이기 때문에 여기에 위치한다.

2) 虛實의 개념<sup>73,76)</sup>

虛實의 의미에는 두가지가 있다. 하나는 환자의 투병반응이 強力한가 弱한가하는 것이고, 또 하나는 체력의 強弱을 뜻한다. 前者의 개념은 韓醫學과 中醫學에서 채택하고 있으며 後者는 주로 日本漢方에서 사용되어지고 있다. 즉 中醫學에서는 虛證을 正氣(構成要素와 機能)의 虛衰弱狀態, 實證을 病因(邪氣와 病理產物)이 強한 상태라고 의미하고 있으며 病理의 虛實을 뜻하고 있다. 그러나 日本漢方에서의 虛實은 체력의 虛實로 정의하고 있다. 日本漢方이론에서 虛證은 생명력, 저항력의 부족상태를 뜻하여 中醫學과 같으나 實證의 개념이 다르다. 實證을 中醫學에서는 病邪가 亢進되어 있는 상태를 뜻하나 日本漢方에서는 체력이 충실한 상태를 말한다. 이와같은 차이는 中醫學에서는 邪氣와 正氣라는 다른 기준으로 虛證과 實證을 구분하는데 반하여 日本漢方에서는 체력이라는 하나만의 기준을 채택하기 때문이다.

여기서 中醫學의 虛實概念은 形而上的 의미로

서 器質的病變이 顯著하지 않은 機能的症候群(內傷雜病)에서는 더욱 유용하며 日本漢方の 虛實概念은 宿住의 抗病力을 의미하는 또다른 임상판단의 자료로서 가치가 있다.

3) 中醫學의 陽虛證과 日本한방의 陰虛證<sup>66)</sup>

中醫學의 陽虛는 陰液(血)과 陽氣(氣)의 균형상태로부터 陽氣의 陽이나 機能이 虛衰한 상태이고 따라서 結果的으로 陰液의 작용이 증대하여 있기 때문에 寒症의 상태를 띠고 있다. 이는 日本漢方에서 陰虛에 해당하고 있다.

따라서 中醫學의 陰虛는 陰液이 虛弱한 상태에서 血虛症候에 虛熱證을 同伴한 것이며, 日本漢方の 陰虛證은 체력이 低下한 者(虛證)의 陰證(寒症)의 症候群이다. 즉 日本漢方の 陽實證은 <體力の 實證+證候의 熱證>이며, 陰虛證은 <體力の 虛證+證候의 寒症>이다라고 要約할 수 있다. 이를 좀더 알기쉽게 하기위하여 咳嗽의 예를 들면 다음과 같이 된다(그림 4).

表 8. 日本漢方の 體力虛實과 中醫學의 病理虛實

實	中醫學	邪氣盛則實 (← 實則瀉之) [病邪의 (實證)病理 : 熱邪(← 清熱), 寒邪(← 祛寒) [病理產物의 [實證]病理 : 氣滯(← 理氣), 血瘀(← 活血), 水滯(← 利水)
	日本漢方	體力이 充實, 生理的 機能의 亢進狀態(← 瀉劑) [[陽實證) : 實證 타입 患者의 熱證(陽證)의 症候]
虛	中醫學	精氣奪則虛 (← 虛則補之) [陽氣의 (虛證)病理 : 氣虛(← 補氣), 陽虛(← 補陽) [陰液의 (虛證)病理 : 血虛(← 補血), 陰虛(← 補陰)
	日本漢方	體力이 低下, 生理的 機能의 衰退가 있는 상태 (← 補劑) [[陰虛證) : 虛證 타입 患者의 寒證(陰證)의 症候]

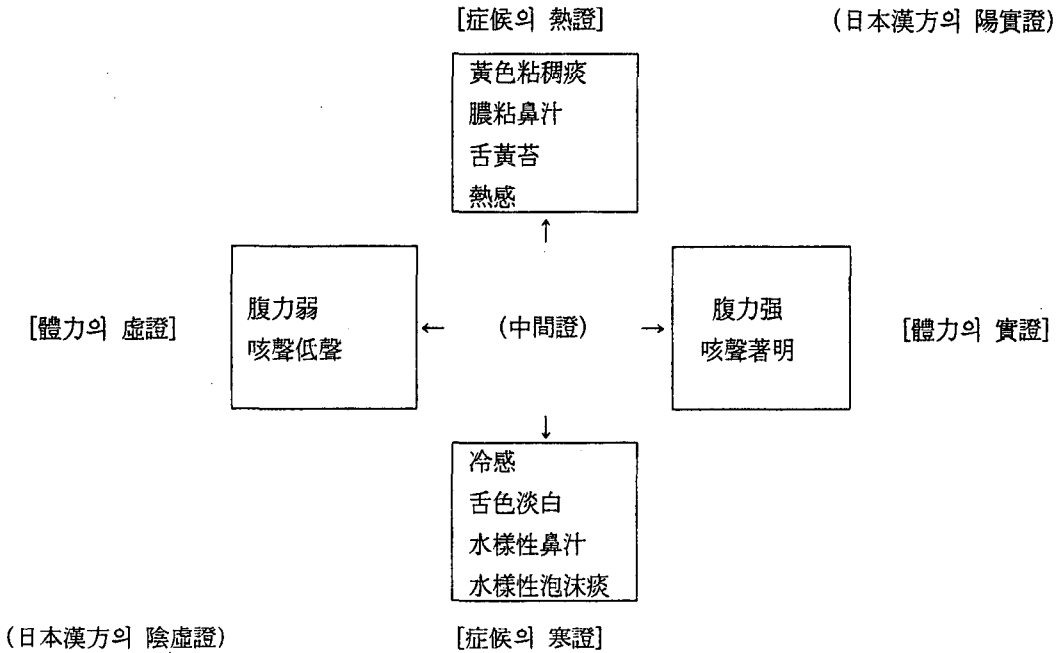


그림 4. 咳嗽의 寒熱과 體力의 虛實

#### 4) 氣劑<sup>66)</sup>

中醫學에서 氣의 병리에는 虛證病理의 氣虛와 實證病理의 氣滯로 大別되며 이들을 조정하는 氣劑에는 기능저하상태(氣虛)를 개선하는 補氣劑와 精神不安, 壓迫感, 腹部膨滿感 등의 氣滯를 조정하는 理氣劑가 있다. 補氣劑의 대표는 人蔘을 主劑로 하는 四君子湯을 비롯하여 補中益氣湯, 清暑益氣湯, 建中湯類이다. 특히 氣虛證에는 結果物으로써 氣滯나 水滯 또는 痰飲이라는 病理產物을 同伴하기 때문에 理氣劑, 利水劑, 化痰劑 등이 補氣劑와 함께 配合한다. 이런 목적의 처방들이 六君子湯, 半夏白朮天麻湯, 茯苓飲 등이다. 또한 氣虛證에는 血虛의 虛證病理를 同伴하는 일이 많기 때문에 氣虛를 補하는 人蔘·黃芪類와 血虛를 補하는 當歸·地黃類가 함께 配合되는데 歸脾湯이나 十全大補湯이 대표적이다.

그러나 이와같은 補氣劑에 대하여 일본한방에

서는 氣劑라고 말하지 않으며 해당하는 정확한 概念이 없다. 理氣(行氣, 順氣)劑는 香蘇散과 四逆散이 대표되며 承氣湯類도 이 부류에 속한다. 일본한방의 氣의 變調에는 上氣, 顔面紅潮, 頭痛, 不安, 眩暈, 上熱下冷이라는 神經症狀(氣上衝)과 氣鬱傾向이 있다. 氣上衝에는 苓桂朮甘湯, 五苓散(以上 氣와 水의 變調), 桃核承氣湯, 桂枝茯苓丸(以上 氣와 血의 病態)등에는 桂枝를 主藥으로 한 方劑가 응용된다. 咽喉頭異常感, 氣鬱感, 不安感, 不眠등의 氣鬱傾向에는 柴胡加龍骨牡蠣湯, 柴朴湯, 加味逍遙散, 抑肝散, 柴胡桂枝乾薑湯 등의 柴胡劑가 사용되어진다. 이와같이 日本의 氣劑에는 서양의학적으로 神經安靜劑에 해당하는 것이 많으며 위의 柴胡劑와 桂枝劑에 더하여 甘麥大棗湯, 釣藤散, 半夏厚朴湯, 香蘇散, 酸棗仁湯 등도 氣劑이고 興奮傾向에 사용되어지는 三黃瀉心湯이나 黃連解毒湯 등의 瀉心湯類도 氣劑로 분류된다.

즉 중의학의 半夏厚朴湯 관련 처방인 柴朴湯이 나 茯苓飲合半夏厚朴湯, 柴胡加龍骨牡蠣湯, 加味逍遙散 등의 理氣劑는 日本漢方の 氣劑概念과 같다. 그러나 柴胡加龍骨牡蠣湯, 柴胡桂枝乾薑湯, 釣藤散, 抑肝散 등은 中醫學에서는 理氣·安神·熄風劑등에 분류된다(표 9).

5) 瘀血證의 개념<sup>64,66)</sup>

中醫學에서는 血의 병태로서 血瘀, 血熱, 血虛가 있다. 日本漢方에서도 中醫學의 血瘀에 해당하는 瘀血證이 있다. 그러나 日本漢方の 瘀血證

은 中醫學의 熱證의 血瘀證과 血熱의 개념을 포괄한 陽實證(陽證=熱證이고 實證=體力の 餘力이 있는 상태)의 증후가 주체이다. 이 때문에 日本漢方の 瘀血證범주에 들어가는 것은 桃核承氣湯, 大黃牡丹皮湯, 通導散, 桂枝茯苓丸등의 적응 증후군과 같다. 또한 中醫學의 血虛병태에 기인하는 증후도 瘀血證으로 되는 경우도 있다. 그러므로 中醫學과 日本漢方에서 血症, 瘀血證, 血虛證의 字意에서도 상당한 차이가 있음을 알수있다 (표 10).

表 9. 中醫學의 氣劑와 日本漢方の 氣劑

中醫學의 氣劑(理氣劑와 補氣劑)		日本漢方の 氣劑
理氣劑(→氣劑)  (安神劑, 熄風劑)	香蘇散 參蘇飲 茯苓飲  大柴胡湯 四逆散 加味逍遙散 柴朴湯(柴胡加龍骨牡蠣湯 抑肝散) 通導散 女神散 桃核承氣湯  (柴胡加龍骨牡蠣湯 抑肝散 釣藤散)  半夏厚朴湯 平胃散 茯苓飲合半夏厚朴湯	桂枝劑(奔豚湯類) 苓桂朮甘湯 五苓散 桃核承氣湯 桂枝茯苓丸 柴胡劑 大柴胡湯 柴胡加龍骨牡蠣湯 柴胡桂枝湯 加味逍遙散 柴胡桂枝乾薑湯 大黃劑(承氣湯類) 大承氣湯 桃核承氣湯 調胃承氣湯 芩連劑(瀉心湯類) 三黃瀉心湯 黃連解毒湯 半夏瀉心湯(甘草瀉心湯) 其他 半夏厚朴湯 酸棗仁湯 甘麥大棗湯
補氣劑(→氣虛)  (補氣補血劑)	四君子湯 人蔘湯 補中益氣湯 六君子湯 半夏白朮天麻湯 茯苓飲  十全大補湯 人蔘養榮湯 歸脾湯	(日本 漢方の 氣劑에는 中醫學의 補氣劑에 해당하는 概念이 없다)

表 10. 血證의 實證과 虛證

<p>◎ 血實 (血瘀) 活血(桃仁 紅花 牛膝 川芎)                  粘膜症狀 (口脣紫)                  皮膚症狀 (色素沈着 細絡 出血傾向 肌荒)                  生理痛 生理不順(骨盤內鬱血症候群)                  &lt;熱證&gt; 頭痛 不安 多怒 -----&lt;活血·理氣&gt;                  桃核承氣湯 大黃牡丹皮湯 通導散                  ( 高脂質血症, 高粘度血症)                  桂枝茯苓丸 溫清飲 (黃連解毒湯)</p>	<p>이와같은 處方은 日本漢方の 驅瘀血劑</p>	<p>日本漢方에는 이와같은 廣義의 驅瘀血劑인 경우이다.</p>
<p>加味逍遙散 女神散</p>		
<p>溫經湯 五積散 疏經活血湯                  當歸芍藥散 四物湯 芎歸膠艾湯                  當歸四逆加吳茱萸生薑湯                  &lt;寒證&gt; 易疲勞 頭重感 어깨결림                  四肢冷感 凍瘡 -----&lt;補血·行血&gt;</p>	<p>이와같은 處方은 中醫學의 補血劑</p>	

6) 表寒證과 表熱證<sup>66)</sup>

感冒증후군에 대하여 中醫學에서는 초기의 自覺症狀과 他覺의 所見으로 부터 表寒證과 表熱證으로 병리를 분류하고 있다. 즉 증의학의 表寒證은 惡寒, 惡風을 동반하는 일반감기의 초기증상(惡寒, 頭痛, 筋肉痛, 關節痛, 水樣性 鼻汁과 痰. 傷寒論에서 傷寒과 中風이라고 한다.) 또는 輕症의 인플루엔자에 해당하는 것으로 麻黃, 桂枝, 生薑, 紫蘇葉, 荊芥, 辛夷, 防風, 細辛등 溫性이 가미된 麻黃湯에서 麻黃附子細辛湯에 이르는 辛溫解表劑로 치료한다. 表熱證은 惡寒보다는 熱感을 특징으로 하는 초기증후(熱感, 頭痛, 咽喉痛, 口渴, 粘稠性 黃色痰. 溫病學에서 溫病이라고 한다)이며 전신증상이 현저한 인플루엔자의 일부에 해당하고 葛根, 連翹, 升麻등 涼性의 辛涼解表劑로 구성된 銀翹散, 桑菊飲등으로 다스린다. 그러나 이 表熱證의 개념은 傷寒論의학이나 東醫寶鑑의학에서는 명확하게 되어있지 않기때문에 한국과

일본한방에서는 중시되고 있지 않으며 傷寒論의 熱多寒小의 증후에 맞춰 桂枝麻黃各半湯, 桂枝二麻黃一湯등으로 대신한다. 이들나라에서는 현저한 表熱證은 인플루엔자에서도 重症例에 해당하기 때문에 항생제를 併用하고 있다.

7) 腎虛와 腎陽虛·腎陰虛<sup>77)</sup>

中醫學에서는 腎의 부조화상태에서 口渴, 足心熱등 虛熱證이 虛寒證보다 현저한 경우를 腎陰虛라고 하며 六味丸(滋陰, 淸虛熱劑)의 적응증이 되고, 四肢冷, 저린感, 頻尿등 虛寒證이 虛熱證보다 주증상인 경우를 腎陽虛라고 하며 八味地黃丸(溫補腎陽劑)의 적응증이 된다. 日本漢方에서는 이와같은 腎陽虛·腎陰虛의 구별이 없으며 이를 전부 腎虛라고 총칭하고 이에대한 증후군으로서 이피로감, 脫力感, 虛勞, 動悸, 短氣, 臍下部 知覺鈍麻·腹力低下상태이며 八味地黃丸의 투여목표로 된다.

8) 藥能分類의 차이<sup>78)</sup>

현재 사용되어지고 있는 藥能분류에 있어서 일본한방과 중의학간에는 많은 차이점을 발견할 수 있는데 이를 정리하면 다음과 같다(표 11).

9. 證<sup>79-85)</sup>

1) 證概念의 중요성

<證>이라는 것은 동양의학에 있어서 아주 중요한 개념으로서 이의 형식이 정립되고 완성된 것은 清代前後이며 현재 사용되고 있는 많은 辨證名도 清代이후에 만들어졌다. 따라서 한국 韓醫學의 경우는 辨證에 대한 인식이 明代수준이며

현재 中醫學의 내용을 잘 이해하지 못하는 것은 당연하다.

이 辨證체계에는 傷寒論系의 方劑辨證과 內經系의 臟腑辨證으로 크게 나누어 지며 각각 장점과 단점을 가지고 발전하고 있다. 前者의 傷寒論方劑辨證은 “證이 있으면 處方을 사용한다”라는 개념으로 桂枝湯證, 小柴胡湯證 같이 특정의 <湯>에 의하여 辨證을 한다. 이방법은 주로 일본의 古方派에 의하여 많이 연구되어져 있다. 後者의 內經 臟腑辨證은 “臟은 內에 있으며 形은 外에 나타난다”라는 관점에서 환자의 外象으로부터 <證>을 추론한다. 이 방법은 주로 한국과 중국에

표 11. 藥能분류에 있어서 日本漢方과 中醫學과의 비교

經過辨證	藥能分類		主要生藥과 處方
	日本漢方	中醫學	
太陽病期 (表證) 少陽病期 (半表半裏證)	發表劑  和解劑  利水劑	解表劑  和解劑  化痰利水劑	麻黃桂枝(桂皮)劑 麻黃湯 葛根湯 小青龍湯 등 柴胡(黃芩)劑 大柴胡湯 小柴胡湯 柴胡桂枝湯 등 茯苓朮半夏劑 五苓散 柴苓湯 半夏厚朴湯 柴朴湯 등 黃芩黃連劑 梔子劑 三黃瀉心湯 黃連解毒湯 茵陳蒿湯 등 大黃芒硝劑 大承氣湯 調胃承氣湯 大黃甘草湯 등 桃仁牡丹皮劑 桃核承氣湯 大黃牡丹皮湯 桂枝茯苓丸 등
陽明病期 (裏熱證)	瀉心湯類  承氣湯類  驅瘀血劑	清熱瀉火劑  瀉下劑  活血化瘀劑	
陰病期 (裏寒證)	溫補劑	溫裏祛寒劑  補氣補血劑  補陽劑	甘草乾薑劑 人蔘湯 大建中湯 苓薑朮甘湯 등 人蔘黃芪劑 川芎當歸劑 補中益氣湯 十全大補湯 當歸芍藥散 등 附子劑 眞武湯 桂枝加朮附湯 八味地黃丸 등

서 연구가 이루어지고 있다. 그러나 이 두방법이 다른것처럼 보이더라도 결국에는 一元論으로 歸結되고 있다.

## 2) 臟腑辨證과 方劑辨證

역대의가들은 內經臟腑辨證을 內經理論을 바탕으로 하여 五行, 相生, 相剋의 이론을 포함한 체계를 이루었다. 後漢時代의 <難經>에서는 “臟腑病은 先後를 치료한다”, <金匱要略>의 首篇에서는 “臟腑經絡先後病脈證”이 있고 六朝時代에 들어와서는 더욱 발전을 하여 梁의 陶弘景은 “輔行決臟腑用藥法要”, 唐代의 孫思邈은 <千金方>에서 臟腑의 證을 寒熱虛實로 나누어 列記하였다. 宋代의 錢仲陽은 <小兒藥證直訣>에서 肝熱에는 瀉青丸, 肺熱에는 瀉白散, 心熱에는 瀉心丸, 腎熱에는 地黃丸이라고 하듯이 五臟의 寒熱에 의하여 처방을 정하였다. 金元時代의 張潔古는 錢仲陽을 이어받아 臟腑經絡의 標本諸症을 分별하고 여기에 따라 寒熱補瀉治法을 정하였으며 藥式을 列記하였다. 그의 저서인 <臟腑用藥式>에는 臟腑經絡에 나타난 證을 肯定的점이 특징이다. 本書는 後世의 학자에게 병을 보고 그 원인을 안다는 것, 證에는 구체적인 내용이 포함되어져 있다는 사실, 어떤 證에는 어떤 方, 어떤 藥이 적절하다는 것을 敎示하였다. 그러나 어떤 證에 어떤 方, 어떤 藥이 적절하다는 공식화한 사고방식에는 辨證論治의 精華를 잃어버리게 하였다는 결점도 포함되어져 있다. 明代에 이르면 薛立齊가 이를 더욱 상세히 하여 五行, 相生, 相剋을 臟腑의 病機로 하는 이론을 내었다. 그의 제자 周慎齊가 이를 더욱 확대한 臟腑辨證이 일반화 되었다. 清代의 葉天士는 “醫道에는 識證, 立法, 用方이 있다. 이 3가지가 관건이므로 소홀히 할수없다. 이 중에서 識證이 가장 중요하다”고 강조하였으며 臟腑辨證論을 전국에 보급하여 辨證을 발전시켰다. 그러나 이 때문에 經驗方, 效方이 가법계 여겨지게 되어 方劑辨證이 輕視되었다. 그후 王旭

高, 張韋靑, 柳寶詒같은 名醫들이 薛氏의 臟腑辨證을 사용하였다.

이 辨證論治는 中醫의 핵심내용으로서 근본철학사상은 內經으로부터 유래하지만 張仲景이가 구체적으로 임상과 결합시켜 실천적 과학적이론으로 만들었다. 따라서 辨證論治는 張仲景이가 그 기초를 열었다고 할수 있으며 비록 金匱要略에서 臟腑辨證을 사용하고 있지만 “널리 衆方을 채택한다”고 주장하여 方劑辨證을 중심으로 하였다. 그 당시 方劑구성은 이전의 경험방에서 유래하였으며 치료효과를 주안점으로 하고 있다. 이에 대하여 林億은 <傷寒論·序>에서 “漢의 張仲景은 널리 湯液을論하여 수신킨을 지었고 驗方을 많이 사용하였다”고 하였다. 따라서 어떠한 湯方에도 모두 상응하는 證이 있으며 어떤 證에는 어떤 湯方을 사용하여야 한다고 하였으며 이것을 <湯證>이라고 하였다. 이것은 실질적으로 湯方으로부터 도출된 적응증인 것이다. 넓은 의미에서는 湯辨證도 또한 辨證의 범주에 들기 때문에 이것을 方劑辨證이라고 한다. 이 부류에서는 晉의 葛洪이 경험방을 모아 <肘後方>를 지었으며 唐의 王燾는 제가의 경험방으로부터 <外臺秘要>를 남겼다. 또한 宋代의 <聖濟總錄><太平聖惠方>, 明代의 <普濟方>등이 경험방위주의 대표적 저서들이다. 清代에 들어와서도 方劑辨證을 주로운 著作이 많은데 즉 張璐의 <張氏醫通>, 徐靈胎의 <蘭台軌範>에서는 五行學說은 사용되지 않는다.

方劑辨證을 대표로하는 傷寒論의 古方은 藥味가 적지만 그 배합은 엄밀하여 조금이라도 배합비율을 바꾸면 그 方劑의 主治症狀도 변화한다. 더구나 2味の 合方에서도 배합비율이 달라지게 된다. 즉 桂枝麻黃各半湯과 桂枝二麻黃一湯이 그 예이다. 따라서 方劑辨證에서의 證은 약물의 효과에 의해서 성립된 것이며 약물에 의해서 거꾸로 證을 유추한다는 藥物反證의 의미를 가지고 있다.

그러므로 궁극적으로는 證이라는 것은 동양의 학적 질병상태, 동양의학적 병태인식이라는 면에서 3國이 거의 차이가 없으나 和漢의 證과 中醫의 證간에는 약간의 차이가 있다. 즉 日本漢方에서의 證에는 효과가 있는 處方名으로도 표현되고 있다는 점이다. 즉 日本漢方에서는 <葛根湯>이 효과를 나타내는 症候를 <葛根湯證>이라고 표현한다. 여기서 <葛根湯證>이라고 하면 <葛根湯>으로 치료할 수 있는 질병군을 말한다. 그러므로 日本漢方에서는 진찰한 시점에서의 질병상태뿐만 아니라 처방의 치료군을 <證>이라고도 한다. 이와같은 개념은 한처방이 여러병태에 응용될 수 있으며 각 처방간의 미묘한 차이도 알수있다는 점에서 많은 장점을 가지고 있다. <葛根湯>이 中醫學에서는 感冒初期에만 사용하는데 반하여 일본에서는 肩胛痛에도 응용된다. 이런의미에서 中醫學에서의 처방응용이 오히려 좁은범위내에서 이루어진다고 할 수 있다.

## 10. 六經(六病位)의 분류

日本漢方에서는 病의 進展, 進行정도를 六病位로 분류하고 급성의 感染症뿐만아니라 慢性질환에서도 응용하고있다. 한편 중국에서는 清代에 비약적인 발전을 한 溫病理論을 받아들여 더욱 상세하게 하고 있으며 病位도 表裏를 上·中·下의 三焦로 나누고 있다. 또한 內·外의 最外端 防衛力을 衛分, 이보다 깊은 無形的인 순환계통을 氣分, 이보다 더욱 깊어 榮養상태까지 손상받는 榮分, 가장 깊어 精神症狀·痙攣·出血·血便 등 까지 관여하는 血分の 4단계로 나누어 衛氣榮血辨症으로 발전시켰다.

## 11. 의료제도<sup>86-91)</sup>

이문제에 대해서는 너무나 광범위한 주제이기 때문에 여기서는 현재 이루어지고 있는 제도즉 中醫學의 中醫師, 韓醫學의 韓醫師와 같이 法으

로 인정된 독립적인 專門醫師제도를 가지지 않는 日本漢方에 대한 중국학자들의 견해를 살펴본다. 물론 현재 일본에서도 醫師들중 漢方專門醫가 있으나 1883년 醫師國家考試 가운데 漢方科目을 없앤 역사를 지금까지 가지고 있기 때문에 日本漢方만을 대상으로 한다.

### ① 從屬的地位에 놓여있다

西洋醫, 藥劑師, 鍼灸師들에 의하여 西洋醫藥學의 입장, 관점, 방법에서 크게 탈피를 하지 못하고 단순히 치료수단, 과학연구과제의 하나로 대부분이 남아있다.

② 여러가지 장애를 극복하고 큰 발전을 하고 있다

법적인 장애에도 불구하고 크게 발전하게 된 직접적인 동기는 1970년에 들어와서 漢方藥의 추출물제제의 健康保險適用이었다. 1980년에 들어와서는 인재의 質, 臨床經驗, 과학적 연구성과로 인하여 質的인 향상을 이루게 되었다.

### ③ 技術과 科學的研究的 結合

동양삼국중 일본의 漢方醫學이 크게 발전하게 된 것은 최신과학기술을 충분히 이용할수있었기 때문이다. 漢方製劑의 생산공장에서는 생산설비와 기술이 뛰어나며 GMP(약품제조와 품질관리)에 관한 규범)가 엄격하게 실시되고 있다.

### ④ 臨床과 基礎研究的의 바람직한 協同研究

실제임상에서 효과를 나타낸 약물에 대하여 최첨단의 生理學, 生物化學, 免疫學, 實驗動物學등 일련의 선진 방법과 기술을 응용하고 있다.

⑤ 東西洋醫藥學의 자유로운 응용으로 漢藥과 洋藥의 併用療法에 대하여 모델을 제시하고 있다.

### ⑥ 교육의 현상과 개혁을 요구하고 있다

한국, 중국에 비하여 과학적인 면에서 많은 성과를 올렸지만 인재양성등 근본적이고도 원리적인면에서의 미비점을 보완하고자 醫科, 藥學科, 看護科등에서 漢方教育을 의무적으로 시켜야 하며 순수한 동양의과대학 설립을 요구하고 있다.



### III. 결 론

현재 이루어지고 있는 한국, 일본 및 중국의 동양의학에 대한 비교를 해본바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 근본적 사고의 차이는 內經醫學體系와 傷寒論醫學體系간의 相異함에 기인한다.
2. 辨證體系에 있어서는 臟腑辨證과 方劑辨證으로 크게 나누어지고 있다.
3. 陰陽, 虛實등 용어의 개념에서 많은 차이가 나타난다.
4. 中醫學에서는 溫病學과 辨證體系에 대하여 새로운 인식이 있다.
5. 日本漢方에서는 體力辨證과 腹診法의 독특함이 있다.
6. 藥物에 있어서 中醫學에서는 經驗的인 藥의 效果, 日本漢方에서는 實驗的인 藥理중심으로 발달하고 있다.

이상의 결론에서 科學과 傳統을 연결시킨 日本漢方과 理論體系를 확립한 中醫學의 長點을 韓醫學에 도입함으로써 보다 진일보한 東洋醫學으로 발전하리라고 믿는다. 또한 앞으로 四象醫學의 정보에서 遺傳因子의 證을 파악하고 症候의 정보에서 環境因子의 證을 수집하여 이를 결합시켜 임상에 활용하는 연구를 할 필요가 있다고 思慮된다.

#### 감사의 말

日本漢方醫學에 관하여 많은 助言을 준 ??山醫

⑦ 보다 높은 수준의 理論을 요구하고 있다  
실용성만을 중시한 나머지 기초이론의 뒷받침이 없으면 발전이 곤란하므로 지금부터 300여년 동안 지배하여 온 傷寒論중심의 偏重된 의학에서 탈피할 필요가 있다. 古方派의 등장은 후퇴파라고까지 비판되고 있다.

⑧ 西洋醫學의인 病名中心治療  
일본특유의 方證相對방법은 기초이론을 무시한 결과 지금은 方病相對로 되어 또다시 후퇴되고 있다고 지적된다.

#### 12. 主治療對象<sup>73)</sup>

3국 모두 동서양의학이 共存하고 있기 때문에 질병마다 2가지 의료형태의 比較優位로 발달할 수밖에 없을 것이다. 따라서 저자는 3국에서 동서양의학이 比較優位를 점하는 질병군들을 살펴봄으로써 특징을 파악하는 하나의 요소로 활용하고자 하였으나 한국과 중국의 통계가 없었기 때문에 일본만의 자료를 검토해 본다. 특히 우리가 주목하여야 할점은 일본은 醫療制度의 1원화로 인하여 中醫師나 韓醫師라는 제도가 없기 때문에 동서양의학의 비교라는 점에서 시사하는바가 크다고 할 것이다.

표 12. 환자의 빈도(일본의 예) (단위 : 건)

아토피성 피부염	3,170	변형성술관절증	578
간기능장애	2,921	월경곤란증	574
고혈압	2,835	관절통	540
기관지천식	2,381	귀울림	535
만성관절 류마티즘	2,311	만성부비동염	521
신경증	1,935	우울병	513
알레르기성 비염	1,338	피로권태감	430
당뇨병	1,265	어지러움	422
자율신경실조증	1,197	불임증	386
신기능장애	1,011	담마진	340
요통증	955	방광염	321
두통	762	전립선비대	286
수면장애	707	복통	220
변비	699	자궁내막증	219
위염, 십이지장염	654	갱년기장애	195

(北里研究所東洋醫學綜合研究所, 1991.4.1-1992.3.31)

科藥科大學 和漢診療學教室의 主任教授인 寺澤捷年 先生에게 심심한 感謝를 드린다.

## 참고문헌

1. Robert H. Bannerman, John Burton, 陳文傑(津谷喜一郎 譯): Traditional Medicine and Health Care Coverage, 東京, 平凡社, pp3-24, 1995
2. 大塚恭男: 東洋醫學, 東京, 岩波書店, pp2-64, 1996
3. 裴元植: 漢方科學化에 對し疑問と期待, 第42會 日本東洋醫學會學術總會 講演要旨, p70, 199
4. 大塚敬節: 漢方の特質, 大阪, 創元社, pp1-41, 1994
5. 大塚恭男: 東西生藥考, 大阪, 創元社, pp23-28, 1993
6. 津谷喜一郎: 東아시아傳統醫學史年表의 試み, 漢方の臨床, 36:2(603),
7. 大塚恭男: 古代아시아醫學의 傳統, 漢方の臨床, 41:9(1153), 1994
8. 大塚敬節, 矢數道明, 清水藤太郎: 漢方診療醫典(第5版), 東京, 南山堂, pp1-5, 1994
9. 조기호, 강병중, 寺澤捷年, 後藤博三, 김영석, 배형섭 등: 일본동양의학의 氣血水說에 관한 고찰, 대한한방내과학회지, 18:1(207), 1997
10. 山下 九三夫: 日本鍼灸と中國鍼灸, 中醫臨床, 3:1(5), 1982
11. 海老原讓治, 島田隆司, 兵頭 明, 淺川 要: <日中鍼灸의 異と同>에 對하여(座談會), 中醫臨床, 11:2(174), 1990
12. 박찬국: 동의학의 성립에 대한연구-허준의 동의보감을 통하여, 대한원전외과학회지, 5:137-150, 1991
13. 石田秀實: 東洋醫學思想史, 東京, 東京大學出版會, pp 305-310, 1994
14. 趙洪鈞: 近代中西醫論爭史, 安徽, 安徽科學技術出版社, pp67-74, 1989
15. 傅維康(川井正久 編譯): 中國醫學의 歷史, 市川, 東洋學術出版社, pp541-548, 616-620, 1997
16. 矢數道明: 日中漢方醫學(20世紀)의 歷史的概觀, 日本東洋醫學雜誌, 32:3(23), 1981
17. 대한한의학협회: 한·중 중풍병학술대회 참가논문집, 1994
18. 대한한의학협회: 제2회 한·중학술대회 참가논문집-간장병, 1995
19. 대한동의병리학회: ,97 국제어혈심포지엄 논문집, 1997 한중학술대회
20. 대한한의학협회: 제4회 한·중학술대회 발표논문집, 1998
21. 金成俊: 韓醫學(韓國傳統醫學), 東洋醫學, 22:6(20), 1994
22. 金成俊: 韓醫學(韓國傳統醫學訪問記), 東洋醫學, 22:7(18), 1994
23. 岡西爲人: 中國에 渡つた日本の漢方醫學, 日本東洋醫學雜誌, 3:1(64), 1953
24. 小高修司, 岡田研吉, 淺川 要, 中村謙介, 橫田 觀風: 慢性肝炎治療의 日中漢方·鍼灸의 比較檢討(特別座談會), 東洋醫學, 19:3(17), 1991
25. 矢數道明, 屠 伯言: 難病治療의 日中比較(1)(特別座談), 東洋醫學, 20:3(19), 1992
26. 坂田鎮明, 佐久間章雄, 壓司良文: 五苓散①, 中醫臨床, 25:2(15), 1997
27. 村松 睦: 對比で學ぶ漢方入門, 東京, たちぐち書店, p39, 46, 48, 59, pp26-28, 66-69, 88-89, 1994
28. 홍일식: 21세기와 한국 전통문화, 서울, 현대문학, pp201-218, 245-264, 1993
29. Samuel P. Huntington(이희재 역): The Clash Of Civilizations And The Remaking Of World Order, 서울, 김영사, p142, 206, pp30-32, 1997
30. 한국한의학연구소 기초이론연구실: 한의진단

- 명과 진단요건의 표준화연구(II), pp2-16, 한국한의학연구소, 1996
31. 李心機: 中國傳統文化と中醫學, 中醫臨床, 14:4(440), 1993
  32. 朴異汶: 과학철학이란 무엇인가, 서울, 민음사, pp 43-44, 124-126, 1993
  33. 朴異汶: 문명의 위기와 문화의 전환, 서울, 민음사, p199-215, 1996
  34. 矢數道明: 近世漢方醫學史-曲直瀨道三とその學統-, 東京, 名著出版, pp64-66, 1982
  35. 小曾戶 洋: 中國醫學古典と日本-書誌と傳承-, 東京, 埼書房, pp29-43, 1996
  36. 山田光胤: 日本漢方醫學の傳承と系譜, 일본동양의학잡지, 46:4(505), 1996
  37. 長澤元夫: 江戸時代における復古醫學について (1), 中醫臨床, 5:1(565), 1984
  38. 長澤元夫: 江戸時代における復古醫學について (2), 中醫臨床, 5:2(181), 1984
  39. 長澤元夫: 江戸時代における復古醫學について (3), 中醫臨床, 5:1(313), 1984
  40. 長澤元夫: 江戸時代における復古醫學について (4), 中醫臨床, 5:1(409), 1984
  41. 黎 志鐘: 日本漢方醫學凋落の軌跡, 漢方の臨床, 43:6(239), 1996
  42. 黎 志鐘: 日本漢方醫學の衰えた軌跡, 東洋醫學, 24:5(68), 1996
  43. 桑木崇秀: 今なぜ中醫學理論か, 漢方の臨床, 36:1(279), 1989
  44. 岡野 正憲: 日本漢方の口訣について, 日本東洋醫學雜誌, 36:2(1), 1985
  45. 俞 雪如: 日本の漢方醫學と中國の中醫學との特質の比較 -日本で研修中の中醫の立場から, 漢方の臨床, 36:1(270), 1989
  46. 根本幸夫: 漢方-春夏秋冬, 東京, 藥局新聞社, pp112-115, 1995
  47. 佐藤 弘: 漢方諸學派について, 日本東洋醫學雜誌, 44:5(65), 1994
  48. 大塚敬節: 大塚敬節著作集 第8卷 考證編, 東京, 春陽堂, pp187-191, 346-362, 1981
  49. 小川鼎三: 醫學の歴史, 東京, 中央公論社(41版), pp96-162, 1996
  50. 富士川 游(小川鼎三 校注): 日本醫學史綱要 1, 東京, 平凡社, pp91-95, 123-138, 155-173, 1995
  51. 寺澤捷年: 症例から學ぶ 和漢診療學, 東京, 醫學書院, p187, 1996
  52. 三浦於菟: 大地, 東京, 綠書房, pp147-148, 1995
  53. 山崎 正壽: 活方としての日本漢方-日本の方函-, 日本東洋醫學雜誌, 46:4(525), 1996
  54. 柯 雪帆(兵頭 明 譯): 中醫辨證學, 市川, 東洋學術出版社, pp111-132, 1996
  55. 有地 滋: 日中漢方交流について, 中醫臨床, 6:4(337), 1985
  56. 鍋谷欣市: 日本と中國の漢方の交流, 中醫臨床, 6:3(225), 1985
  57. 伊藤清夫: 日本の漢方, 日本東洋醫學雜誌, 30:3(1), 1980
  58. 大塚敬節: 大塚敬節著作集 別冊 東洋醫學史, 東京, 春陽堂, pp75-102, 1982
  59. 平馬直樹: 中醫學と日本漢方の違い, 東洋醫學, 17:5(111), 1989
  60. 俞 雪如: 中醫學と比較した漢方醫學の病態認識について, 日本東洋醫學雜誌, 43:1(95), 1992
  61. 藤平 健: 漢方腹診講座, 東京, 綠書房, pp12-13, 1994
  62. 顧 旭平: 日本古方醫學派の<傷寒論>研究における“實學”思想とその意義, 漢方の臨床, 37:7(753), 1990
  63. 조기호, 喜多敏明, 寺澤捷年, 문상관, 고창남, 김영석 등: 한방의 복진법에 관하여-韓醫學에서의 복진법 도입에 대한 접근시도-, 대한한방내과학회지, 18:1(86), 1997

64. 王階, 陳可冀: 瘀血腹診の探討, 中醫雜誌, 30:10(617), 1989
65. 許浚: 東醫寶鑑(新增版), 서울, 南山堂, pp81-115, 1987
66. 谿 忠人: 現代醫療と漢方藥, 大阪, 醫藥ジャーナル社, pp17-58, 1991
67. 渡邊 武: 平成藥證論, 京都, メヂカルユウコン, pp16-18, 1995
68. 藤平 健: 藥方の分量についての考察, 日本東洋醫學雜誌, 14:4(1), 1964
69. 眞柳 誠: 日中藥用量相異の背景, 漢方の臨床, 36:2(612), 1989
70. 三浦於菟: 東洋醫學を知っていますか, 東京, 新潮社, pp170-174, 1996
71. 村田 恭介: 中醫學と日本漢方の接點としてのエキス劑, 中醫臨床, 11:3(274), 1990
72. 陳 存仁: 中國醫學と治療, 日本東洋醫學雜誌, 5:3(43), 1955
73. 花輪壽彦: 漢方診療のレッスン, 東京, 金原出版, pp323-325, 1997
74. 長濱善夫: 東洋醫學概説, 大阪, 創元社, pp51-57, 1994
75. 日本漢方醫學研究所 監修: 漢方醫學テキスト治療編, 東京, 醫學書院, pp1-13, 1995
76. 侯召棠: 日本の漢方醫學, 中醫臨床, 8:3(246), 1987
77. 安正廣迪: 日本における腎概念の收受と變遷, 中醫臨床, 3:2(27), 1982
78. 谿 忠人: 漢方藥の藥能と藥理, 東京, 南山堂, pp9-31, 1992
79. 肖德馨: “證”に關する認識の歴史的變遷, 中醫臨床, 10:2(146), 1989
80. 肖德馨: “證”の中國近代化における代表的認識, 中醫臨床, 10:3(252), 1989
81. 肖德馨: “證”に關する概念および臨床的意義, 中醫臨床, 10:4(390), 1989
82. 村田 恭介: 日本漢方と中醫學の接點としての<證>, 漢方の臨床, 39:11, 1992
83. 伊藤清夫: 傷寒論研究の交流について, 中醫臨床, 2:4(3), 1981
84. 丁 光迪: 中醫を修得するために, 中醫臨床, 6:3(226), 1985
85. 沈自尹: <證の研究>をめぐる日本と中國の考え方-<傷寒論と內經に由來する2つの學術體系-, 中醫臨床, 5:3(246), 1984
86. 室賀昭三, 菊谷豊彦 監修: 現代醫學と漢方の併用療法, 東京, 廣川書店, pp2-10, 1993
87. 三谷和合, 谿 忠人 編: 漢方保險診療-循環器科領域-, 大阪, 醫藥ジャーナル社, pp15-56, 1991
88. 曾野維喜: 東西醫學-基礎と臨床應用-, 東京, 南山堂, pp5-7, 1993
89. 曾野維喜: 臨床漢方處方學, 東京, 南山堂, pp11-13, 395-470, 1996
90. 原田康平: 東西醫學融合による循環器病の診療, 東京, 醫齒藥出版, pp120-133, 1994
91. 吉 岡信: 日本漢方のパラダイム確立, 漢方の臨床, 43:4(641), 1996