다양한 유행성 감염병의 진단 일원화를 위한 통합변증방법 연구

지규용*

동의대학교 한의학과 병리학교실

Contrivance of Integrated Pattern Differentiation Method for Diagnostic Unification of Exogenous Contagious Diseases

Gyoo Yong Chi*

Department of Pathology, College of Korean Medicine & Research Institute of Korean Medicine, Dongeui University

In recent years, there were frequent exogenous contagious diseases in Eastasia like SARS(severe acute respiratory syndrome), Avian influenza, Swine influenza, MERS etc. But there are various interpretations about their pathological differentiations and lead to controversy to diagnosis and medicinal use. So there needs universal and consistent understanding methods. Several conclusions are obtained from the research on differentiation theories of various epidemic diseases. Essential elements of differential diagnostic system are pathogen, characters and matters of disease and loci, especially three yin and three yang has close affinity with constitutional features or body shape. Binding these 3 categories, an integrated differentiation 3 dimensional coordinates are made. Out of these, each elements of 3 pathogen-axial lines are related with names of exogenous disease, and those of 3 feature-axial lines are related with 8 principal patterns. And those of 3 locus-axial lines implicating therapeutic method are related with steps and location of exterior and interior, 3 yin 3 yang, Defense, Qi, Nutrient and Blood, five viscera and six bowels and tissues. Additionally, 3 lines of each axis consist of factors which have their own affinity each other, so classification of pathogen, feature, locus of disease has layered interconnectedness. This classification system is included in constitutional features of individual patient. Afterwards, these cognitive structure can be used as a general theory guiding method of therapy, prevention and aftercure healthcare.

keywords : Exogenous contagious diseases, Epidemic diseases, MERS, Integrated pattern differentiation

서 론

최근 10여 년간 세계적으로, 특히 동아시아에서 유행했던 전염성 질환들만 해도 벌써 여러 가지이다. 2002년 11월 중국 廣東에서 시작된 SARS(중증급성호흡기증후군, severe acute respiratory syndrome)은 2003년 7월까지 32개 나라에서 8,437명이 발생하여 약 11%의 사망률을 나타냈다[1]. 그리고 2003년 12월 이후 2004년 2월까지 약 2개월간 조류독감(avian influenza)은 베트남에서 22명 감염에 15명 사망, 태국에서 11명 감염에 7명 사망으로 유행성은 낮지만 치사율이 매우 높은 것이 특징이며 전 세계에서 약 1억 마리의 조류가 살처분되었다[2]. 또한 2009년에 멕시코에서 시작된 신종플루(swine influenza)는 6월 11일 WHO에서 금세기 최초의 인플루엔자 대유행(pandemic)을 선언하였을[3] 만큼 사회적 혼란을 초래한 바 있으며[4], 특히 한국에서는 올해 5월부터 MERS가 유행하여 막대한 사회적 비용을 치르고 7월 28일에야 종식되었다[5].

현재 공식적으로 MERS에 관해 보고한 자료는 질병관리본부[6]가 제출한 논문이 있지만 疫學이나 醫事記述이고 구체적인 임상케이스 보고는 없다. MERS의 병리본질에 대해서는 공식적인 한의진료기록이 없지만, 증후통계[7]에 근거하여 지[8]는 暑燥疫, 정[9]은 溫疫 혹은 溫病이라 추정하고 혹 어떤 임상가는 寒이나 濕에 속한다[10]고 하는데 이는 결국 서로 다른 변증과 처방에 이를 수 있음을 의미한다. 이는 한의진료과정에서 이론적 모순과 비효율성 및 행정상의 문제를 야기할 수 있으며, 따라서 이러한 변증차이에 대한 원인분석이 요구된다. 더 나아가 상기한 범지구적 감염성 질환들은 양태가 아무리 다양하더라도 기본적으로 외감병에 속하여 하나의 인식

* Corresponding author

Gyoo Yong Chi, Department of Pathology, College of Korean Medicine, Dongeui University, 52-57, Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan, Korea

·E-mail : cgyu@deu.ac.kr ·Tel : +82-51-850-8650

·Received : 2015/11/29 ·Revised : 2015/12/18 ·Accepted : 2015/12/24

ⓒ The Society of Pathology in Korean Medicine, The Physiological Society of Korean Medicine

pISSN 1738-7698 eISSN 2288-2529 http://dx.doi.org/10.15188/kjopp.2016.02.30.1.1

Available online at http://www.hantopic.com/kjopp/KJOPP.htm

본 논문은 2015년 11월 10일 第3屆醫聖仲景南陽國際論壇에서 발표한 'Hypotheis of unified differential diagnostic system coping with novel contagious infection' 원고를 수정하여 제출하고 심사완료한 논문입니다.

체계와 변증방법으로 통합할 필요성이 제기되는데 이에 대해서는 이미 萬于生의 상한과 온병이론을 결합한 선행연구[11]들이 있었다. 그럼에도 불구하고 한온통합이론들은 아직 실질적인 영향력을 발휘하지 못하고 실제 변증에서는 의가마다 각기 다른 이론과 처방을 사용하고 있다.

따라서 다양한 외감병에 대한 본질이해를 바탕으로 본고는 외감병에 대한 선행이론들의 변증개념과 분류형식들을 적절히 결합하여 여러 종류의 외감병을 하나의 통합된 인식체계로 표현하고자 한다.

본 론

1. 傷寒病의 변증체계

<傷寒論>의 傷寒外感에 대한 분류방법론은 三陽病과 三陰病이다. 三陰三陽의 본질에 대한 각가 논설의 수는 너무 많아서 三陰三陽에 대한 全貌를 밝힐 순 없다 하더라도, 陳亦人[12]이 "六經은 百病을 총괄할 수 있는 것"이라고 한 것처럼, 仲景은 기본 개념을 바탕으로 傷寒病에 대하여 要約된 臨床體系를 세웠을 것이다. 三陽病과 三陰病에 대한 개념은 이미 先代로부터 전승된 것이고 중경 당시에는 일정한 의미가 공유되고 있었을 것이므로, 三陰三陽 六病은 六經의 생리특성에 근거하여 서로 비교 가능한 독립된 범주로서 인식되었을 가능성이 크다. 또한 일반적으로 太陽病은 表證이고 陽明病은 裏證이라 설명되지만 三陰三陽病 각각에는 中風과 傷寒, 表裏와 寒熱虛實證들이 대부분 함께 포함되어 있다는 점에서 보면 그렇게 단순하지는 않음을 쉽게 알 수 있다.

또한 중요한 것은 三陰三陽病이 傷寒病의 일반적인 병리과정을 보여주는 표준체계로서 성립되었다는 점이다. 인체가 邪氣에 처음 感하면 먼저 外表衛氣를 상하여 惡寒 發熱하게 되고(初發) 이어서 高熱을 일으키며 正邪의 相爭이 심화되면서 邪勝하면 점차 氣血 및 臟腑機能, 심하면 組織을 손상하게 되고 이어서 소모성 반응이 일어나게 된다. 寒, 熱, 濕, 燥, 風, 溫 혹은 이들의 挾雜, 혹은 戾氣나 瘴氣 등에 의해 邪氣의 종류가 달라지면 증상 유형도 조금씩 달라지긴 하지만 기본적으로 潛伏期를 지나 顯症 단계에서는 初發期와 極盛期를 거쳐 恢復期나 衰退期에 이르는 과정이 유사하게 일어난다.

여기서 仲景이 三陰三陽이라는 인체의 생리구조체계를 빌어서 일련의 병리과정과 결부하여 傷寒病을 종합한 내용이 현재의 <傷寒論>이므로, 결국 삼음삼양이란 당시 유행하던 외감병의 病變形式과 過程을 표현하기 위한 체계였을 것임을 알 수 있다. 따라서 三陰三陽의 본질은 太陽이나 陽明이라는 용어 자체가 아니고 그러한 과정으로 요약되는 병변특성이며, 그 중에서도 태양병-양명병-소음병이 그 중심축을 이룬다. 이러한 3단계 과정에 正邪가 相搏하면서 나타내는 寒熱症候와 氣血 및 津液의 盛衰、停滯樣相과 회복에 따라 진행되는 病機, 그리고 구체적 병변위치에 따라 명명된 질병유형들이 太陽、陽明、少陽病과 太陰、少陰、厥陰病의 表裏段階 혹은 소속으로 설명되는 것이다. 즉 병증의 성질은 기혈진액의 虛實寒熱변화로 나타내며 종합적인 轉歸의 판정은 亡陽과 亡陰으로 판별하고, 이들 六經의 일반적인 성질과 다르게 복합적인 양상을 나타내는 경우 合病이나 幷病의 이름이 붙게 된다.

이렇게 보면 六經病 즉 三陰三陽病의 본질내용은 외감병의 병리전변과정 자체이고, 그 병리가 표현되는 부위와 특성들을 통합하여 체계화한 것이 삼음삼양병임을 알 수 있는데, 이 용어를 借用한 이유는 臟腑經絡과 表裏體系 및 이와 관련된 開闔樞論, 陰陽氣血의 盛衰나 多少 및 이와 연관된 年中月紀[1]를 나타내는 生病理的 개념들이 내포되어 다양한 病位와 病態를 표현하기에 적합하기 때문이다.

부위라는 의미에서는 본고에서도 方有執이나 柯琴 등의 部位說이나 地面說과 大旨가 같다. 太陽은 위로 後頭部에서부터 項, 肩背, 腰足 등의 表와 앞으로는 氣管과 氣管支의 表 그리고 膀胱裏를 포함하는데 部位特性上 風寒과 水氣에 가장 쉽게 損傷을 받는다. 陽明은 食道, 氣道, 賁門을 포함하는 心肺 胸部와 腹部 胃大腸 등의 裏, 表의 前頭面部와 全身의 肌肉을 포함하는데 部位特性上 熱邪와 잘 併合하며 大汗으로 津液이 損傷된다. 少陽은 口咽과 面目, 額頰, 側頭, 胸脇 및 肝膽 등의 側面을 포함하는데 部位特性上 熱邪가 散布하여 氣機의 左右樞轉과 上下升降을 막게 된다. 太陰은 胃, 小腸, 大腸上部의 大腹을 포함하는데 部位特性上 寒과 濕邪가 浸淫하여 脾胃陽氣의 運化를 손상한다. 少陰은 下焦위치인 腎大小腸, 小腹部位와 關元을 包含하는데 部位特性上 寒水가 一身陽氣의 根本인 命門에 의해 氣化되면서 眞陰이 內藏하는 곳이므로 陰盛陽亡이나 陰虛陽亢으로 귀결된다. 厥陰은 少腹의 左右結腸 및 宗筋 그리고 위로는 脇膈에서 心에 이르는 側面部位를 포함하며 部位特性上 氣機 升降의 통로이고 寒邪가 久鬱하며 氣上逆하여 종종 挾雜、化熱하는 경우도 많다.[13] 이렇게 보면 三陽과 三陰은 크게 橫膈의 上下로 區分되면서도 太陽과 少陰、陽明과 太陰、少陽과 厥陰이 前後側面의 부위와 특성을 일정 부분 공유하고 있음을 알 수 있다.

또한 太陽뿐만 아니라 太陰도 "開"에 속하여 食傷이나 陰邪에 感하면 發病의 始起處가 될 수 있다. 그런데 陽明은 闔에 속하여 無所不傳한다 했고, 陽明病은 대체로 裏熱이나 裏實熱일 것 같지만 그 안에서도 中風、傷寒、中寒、瘀熱、胃中虛、胃家實 등의 寒熱虛實變化를 모두 다루고 있으며, 陽明에서 太陰이나 少陰으로 전하기도 하므로 모든 陽明病을 어떤 대표특성으로 一括할 수는 없고 다시 세부적인 辨證이 이루어져야 한다. 이것이 삼음삼양(병)의 개념에 과정과 특성 및 부위의 세 가지를 모두 포함시키는 이유이다. 그러나 <傷寒論>의 病因概念에 대해서는 中風과 傷寒을 제외하면 溫이나, 痰이나 宿食 등이 단편적으로 보이기는 하지만 辨證수준으로 보면 溫病에 비해 전면적이지 못하다.

2. 溫疫과 溫病의 변증체계

溫病은 크게 溫熱病과 濕熱病으로 분류되며 기원은 劉完素에게로 거슬러 올라가지만 짧게는 吳又可의 <溫疫論>[2]에서 비롯된다. 吳又可이론의 특징은 病因이 천지간의 常氣가 아니고 厲氣이자 異氣여서 寒熱溫凉같은 性質이 아니므로 病因 자체는 詳論하지 않

1) <素問 脈解> "太陽所謂腫腰脽痛者, 正月太陽寅, 寅太陽也…少陽所謂心脇痛者 …九月陽氣盡而陰氣盛…陽明所謂洒洒振寒者, 陽明者, 午也, 五月盛陽之陰也" 等

2) <溫疫論>의 溫疫論補遺를 보면 溫疫은 전염성을 지칭하는 것일 뿐이고 성질로 말하면 溫病, 熱病에 해당한다.

는다. 따라서 邪氣가 始發하는 부위도 表나 裏가 아닌 半表半裏[3]이며, 대신 오한이나 발열 등의 증후양상은 陽氣의 盛衰와 感邪의 輕重에 의존하고, 傳變은 半表半裏에서 表와 裏를 벗어나지 않는다. 半表半裏는 臟腑나 經絡도 아니고 伏脊의 안으로(內) 胃와 가까이 붙어, 즉 척추의 앞쪽과 腸胃의 뒤쪽에 있어서 表에서 멀지 않은 表裡의 分界(膜原)이지만 절대로 表나 裏로 간주해서 汗下法을 써서는 안 되는 곳이다. 그 후의 傳變은 自汗、盜汗、狂汗으로 解하기도 하고, 無汗하다가 胃로 傳入하기도 하며, 自汗이 淋漓하다 熱渴反甚하던 혹은 胃氣가 壅鬱하던 必히 결국 戰汗을 얻어야 풀리기도 하며, 發黃하거나 發斑하는 사람이 있는 등으로 심히 不常하니 因人而使하다 하였다. 다만 그 치료에 있어서는 某經某病을 막론하고 다만 治疫하면 舊病이 自愈한다고 하여 厲氣가 六氣와 다른 본질적 특성(세다) 및 老少異治[4](사람에 따라 다르다), 表裏半表半裏病位에 따른 治法 등에 대해 특히 강조하였다.

그러나 淸初 葉天士(1667-1746)는 溫病의 변증논치방법을 기술하면서 衛氣營血의 계통적 병변에 특히 주목하였다. 葉天士의 <外感溫熱篇>은 본래 天士가 洞庭山에 있을 때 門人 顧景文에게 口傳한 것인데[14] 체계적 저술이 아닌 만큼 傷寒과 감별하여야 하는 溫病의 핵심내용부터 기술되고 있다.[5] 이를 요약하자면 <傷寒論>과 吳又可의 설을 받아 온병은 表、裏、半表半裏의 구조 안에서 衛、氣와 營、血의 病을 형성하는데 특히 表에서 시작된 衛分의 純全한 溫熱은 곧 氣分으로 熾盛하여 全身으로 퍼지며 지속되면 血分을 灼傷함에 이르는데 이것이 溫病의 일반적인 병리과정을 나타낸다.(衛→氣→血) 營分의 證은 衛分에서 逆傳하거나 이미 氣分熱型이 바뀌어 야간에 盛하고 血分을 상하는 과정에 아직 出血과 神明손상이 현저하지는 않은 단계이니 중간의 證이다. 그러나 溫熱邪에 濕이 挾雜하면, 濕은 본래 彌滿纏綿하고 三焦는 氣化와 決瀆의 官이니[6], 三焦의 특성과 親合하며 血과 異類라 血分損傷은 드물게 된다. 이렇게 되면 溫熱病은 表裏의 衛氣營血, 濕熱病은 三焦라는 構造物을 중심으로 병위를 論定하고, 변증논치의 근거가 되는 病의 性質은 衛氣營血의 虛實寒熱 변화를 기준으로 하게 된다. 喩昌과 葉桂 等說을 종합한 吳鞠通은 <溫病條辨>에서 이 점을 더 명확히 하여 外感病을 病因에 따라 風溫、溫熱、溫疫、溫毒、冬溫、溫瘧의 類, 暑溫、濕溫、伏暑의 類, 寒濕의 類, 秋燥의 類로 分述하되, 이들의 病位는 三焦에 經絡을 分配하여 上焦에 手太陰厥陰、中焦에 足太陰陽明、下焦에 足少陰厥陰을 分屬시키고, 각각에 다시 表裏를 결합하여 모든 종류의 溫病을 一貫하는 변증논치의 강령을 세웠다. 濕熱病에 대해서는 薛生白이 專論하여 유명한데 분류방식을 보면 衛氣營血과 表裏三焦를 벗어나지 않는다. 비록 表를 간혹 언급하긴 하지만[7] 全篇에 걸쳐 三焦가 중시되는 것은 당연하다.

고 찰

SARS에서 MERS에 이르기까지 최근 빈발했던 감염성 질환은 仲景이 <傷寒論> 서문에서 建安元年 이래 10여년도 안 되어 종족의 2/3가 죽었다는 기록을 상기시킨다. 2002년부터 지금까지 약 12년간 여러 종류의 전염성 질환이 유행하였는데 물리적, 유병율이나 치사율은 크게 다르지만 공포심의 확산과 사회경제적 타격은 별로 다르지 않으므로 종합적인 변증논치방법이 요청된다. 더구나 지금은 상한뿐만 아니라 溫熱病과 습열병 등에 관한 임상경험이 충분히 보급되어 있는 상황이므로 더욱 유리하다. 따라서 위에 서술한 <傷寒論>과 吳又可, 葉天士, 吳鞠通, 薛生白 등의 병증분류 및 해석방식을 종합하여 보면 外感病의 辨證에 고려해야 할 요소들이 자연히 드러난다.

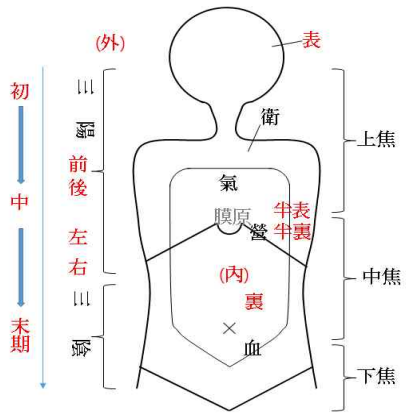

Fig. 1. Synopsis of time-space elements following regions of body.

먼저 病位를 설명하기 위한 인체구조해석이다. 여기에는 三陰三陽과 三焦와 衛氣營血, 表裏 및 해부부위의 네 가지가 있다. 三陰三陽의 사용목적은 두 가지가 있다. 즉 全面(太陰陽明, 少陰)과 後面(太陽少陰) 및 側面(少陽厥陰)의 입체가 가진 병증특성을 각각 多熱少寒、多寒少熱、多氣鬱/寒熱錯雜의 병태를 반영하면서도 또한 表裏관계 혹은 開闔樞 등의 의미를 內含하여 병의 發展趨勢와 方向을 나타낸다. 그러므로 이것은 寒證에서 시작하여 熱證으로 변화하는 경우에 가장 적합하지만, 일반적인 邪氣의 所在와 병증특성(寒熱虛實)을 반영할 수도 있다. 반면에 三焦는 氣分의 病變을 반영하는데 特長이 있어서 濕病과 熱病, 濕熱病의 발현위치를 전적으로 표현하기 위한 것이다. 그러므로 여기엔 虛實寒熱의 어떤 병증이든지 두루 서술할 수 있으며[8] 때로는 치료원칙(禁忌)을 지시하기도 한다. 다음으로 表裏는 半表半裏를 포함하는데 三陰三陽과 비

3) <溫疫論 原病> 邪自口鼻而入, 則其所客, 內不在臟腑, 外不在經絡, 舍于伏脊之內, 去表不遠, 附近于胃, 乃表裡之分界, 是為半表半裡

4) <溫疫論> 卷下 雜氣論, 論氣所傷不同, 似表非表, 似裡非裡, 老少異治 등

5) "溫邪上受 首先犯肺 逆傳心包 肺主氣屬衛 心主血屬營 辨衛氣營血雖與傷寒同 若論治法則與傷寒大異也. 蓋傷寒留戀在表 然後化熱入裏 溫邪則熱變最速. 未傳心包 邪尚在肺 肺主氣 其合皮毛 故云在表 在表初用辛凉輕劑 挾風則加入薄荷 牛蒡之屬 挾濕加蘆根 滑石之流 或透風于熱外 或滲濕于熱下 不與熱相搏 勢必孤矣…再論氣病有不全血分 而邪有三焦 亦如傷寒中少陽病也. 彼則和解表裏之半 此則分消上下之勢 隨證變法"<外感溫熱論>

6) <濕熱病篇> 11조 注 "涇熱之邪, 不自表而入, 故無表裏可分, 而未嘗無三焦可辨"

7) <濕熱病篇>二條 "涇熱證惡寒無汗, 身重頭痛, 涇在表分". 一條注 "然所云表者, 乃太陰陽明之表, 而非太陽之表, 太陰之表, 四肢也, 陽明也, 陽明之表, 肌肉也, 胸中也, 故胸痞為涇熱必有之證, 四肢倦怠肌肉煩疼, 亦必並見"

8) 따라서 <傷寒論>에서도 三焦 용어는 수차례 사용되는데, 사실은 병위를 나타내기도 하지만 사실은 汗吐下 등의 치법과 관련된다.

슷한 개념 같지만 表裏構造는 전적으로 病證의 傳變상황에 따라 汗下溫淸 등의 治法을 어떻게 시행할 것인지를 전제로 설정되는 개념이기 때문에 실제로는 서로 다르다. 다음으로 <傷寒論>에는 해부학적 部位로서 心下, 胸, 脇, 腹, 胃中, 臍(下), 少腹, 血室, 膀胱 등[9]이 비교적 자주 거론되다. 그렇지만 溫病論에서는 이미 三焦에 분속되었기 때문에 대개 병인에 근거한 病名과 해당증후로 표현된다. 나아가 西醫感染病學에서 사용되는 구체적인 병위서술을 위해 해부학적인 組織器官의 명칭을 원용하는 것도 이 범주에 속한다. 따라서 이들을 모두 결합하여 운용하면 급변하는 외감병의 病情과 病位를 상황에 따라 보다 정확하고 효율적으로 표현할 수 있게 된다(Fig. 1).

둘째는 辨證을 시행하기 위한 病證의 性質分類에 대한 방법이다. 이것은 다시 病性과 病質로 나눌 수 있는데 病性이란 人體가 病邪에 대항하여 나타내는 병증양상의 특성이자, 本草와 方劑의 藥性에 대응하여 치료할 수 있도록 한 虛實、寒熱、陰陽 등[10]으로 분류한 것이다. 病質이란 外感病 과정에서 病邪가 搏着하여 실제로 機能異常이 발생한 실체로서의 생리물질을 가리킨다. 상한병에서는 營衛와 氣、血 등에 寒、熱、强、弱、瘀、蓄 등의 質的 변화가 발생하고, 溫病에서는 氣、血에 邪熱로 인한 質變이 발생하고 終局에는 下焦의 腎陰과 腎陽損傷으로 이어지게 되는데, 이를 종합하면 병의 性質은 인체내부 공간전체를 充滿하고 있는 營衛氣血津液 등의 생리물질에 발생한 陰陽寒熱虛實變化라 할 수 있다. 다만 氣、血은 전형적인 熱이나 濕熱 혹은 燥熱이 深化되면서 생리기능손상을 일으키는 병리과정을 서술하는 것이라면, 三陰三陽은 이미 그 자체에 寒、熱、燥、濕、氣鬱 등의 親和性이 있고 立體를 구획하고 있어서 衛氣營血분류보다 인체의 내재적 素因을 반영하는 특징을 갖는다. 이러한 특징을 <東醫寶鑑>에서는 '三陰三陽形證'이라 하고 그에 따라 用藥規律을 정하는데 여기에는 六氣標本이론이 적용된다.[11] 예를 들면 太陰病은 寒濕者에 多發하고, 陽明病은 燥熱者에 다발하고, 少陽病은 평소 氣機鬱滯한 者가 血弱氣盡 腠理開하여 表에서 抗邪하지 못하므로 少陽脇下에 引入伏在하다가 化火上逆하는 것이고, 太陽病은 腠理가 緊實하거나 아니면 疏弱하여 虛實失中한 者에게 風寒邪가 肌表營衛에 着滯하는 것이고, 少陰病은 寒熱邪가 勝하여 裏의 陰陽을 損傷하고 形氣가 衰한 자에게 多發하며, 厥陰病은 평소 形氣衰하나 內有氣鬱滯한 者가 外寒을 받으면 곧 凝縮하여 厥陰小腹에 伏在하다가 鬱極陽復하는 자에게 다발한다.

한편 衛氣營血 중에서 氣、血만을 病質로 언급한 이유를 설명하자면 衛는 물질이라기보다는 작용에 속하고 치법과 관련된 病位槪念에 속하며, 營도 역시 주기적 맥내 순환작용의 의미가 크고 血分證으로 이행하는 前驅期나 過渡期의 의미를 갖는 것이어서 충만성의 質點으로 보기는 어렵기 때문이다. 또한 傷寒病에서도 汗下過度로 津液損傷이 급격하면 亡陰이나 亡陽이 생기고 少陰病이 깊어져도 腎陰、陽이 상하여 亡陰、陽에 이른다. 서의병리학에서는 質的인 변화로 종창、변성、증식、비대、위축、괴사 등과 염증이 있고, 상태의 변화를 기술하는 울혈、충혈、부종、血栓、塞栓 등이 있는데 질병분류상 역시 이 범주에서 포괄적으로 기술될 수 있다.

셋째는 외감병의 初期病情과 치료방법 및 豫後를 보다 명확히 확정하기 위한 病因의 分類이다. 吳又可가 비록 天地間에 있는 別種의 異氣라 하였지만 <溫病條辨 原病>에서 보듯이 喜怒不節한데다 寒暑過度하여 氣運不舒하면 溫厲가 유행하는 것이고, <刺志論>에서 "氣盛身寒 得之傷寒 氣虛身熱 得之傷暑"라 한 것처럼 外感病의 종류별 罹患傾向은 인체의 形氣 및 體質特性과 밀접하게 연관된다. 이러한 形氣盛衰를 포괄하는 체질특성을 상술하는 이론이 李濟馬의 <東醫壽世保元>인데 비록 傷寒病證에 한정되어 있고 <溫病條辨>의 내용을 담고 있지 않지만, 病證藥理와 方劑理論을 결합하면 외감병인과 체질적 親緣性을 짐작할 수 있다. 먼저 風溫、溫熱、溫疫、溫毒、冬溫、溫瘧의 類는 發熱이 위주인 전형적인 溫熱邪이므로 氣盛身熱한 熱多者(少陽人과 太陰人 熱型)에서 다발하고, 暑溫、濕溫、伏暑의 類는 대부분 濕熱邪를 형성하므로 火盛水虛者(少陽人)에 다발하고, 寒濕의 類는 氣虛身寒者(少陰人)에 다발하며, 秋燥는 陰虛肺燥者(태음인과 소양인)에 다발한다. 이를 그림으로 나타내면 Fig. 2와 같다[12]. 여기에는 세 개의 축과 각 축마다 세 가지의 구성요소들이 들어있고 여기에 病期에 따른 時間軸이 더해져서 도합 10가지의 변증요소로 구성된다.

즉 이론적으로는 모든 체질에서 모든 병인의 질병이 생길 수 있지만 일반적인 발병 경향성이 이러하다는 의미이고, 시간이 경과하면서 체질적 배경에 따라 병인의 性質은 점차 다르게 된다. 왜냐하면 <傷寒論>에 陽明病이라도 脈遲汗多하며 微惡寒(衛表虛, 寒)하다면 桂枝湯을 쓰고, 脈浮無汗하면서 喘하다면 麻黃湯을 주라 하였으며, <溫病條辨>에서도 太陰溫病(表衛)이라도 惡風寒(寒)하면 桂枝湯을 복용하라 하였기 때문이다. 또한 傷寒과 溫病의 病傳徑路가 비록 처음엔 다르더라도 중간단계에는 裏熱證이 공통적으로 나타나고 다시 달라지는데, 이로써 病因은 체질이라는 "차별성의 배경"과 외감이라는 "공통성의 배경"을 함께 고려하여야 보다 정확하게 변증할 수 있는 것이다[13]. 病因과 體質의 구체적인 상관성 기

9) 이 중에서 胸, 心下, 臍下가 溫病論에서의 上焦, 中焦, 下焦에 해당된다.

10) 八綱 중에서 病位인 表裏를 제외한 것이다. 孫一奎는 <赤水玄珠 凡例>에서 "凡證不拘大小輕重 具有寒熱虛實表裏氣血八個字 苟能於此八個字 認得眞切"이라 하여 陰陽 대신 氣血을 넣었는데 陰陽을 六變의 總綱으로 삼는다면 이 明證八字訣이 변증을 구성하는 요소로서는 尤好하다.

11) 예를 들면 <東醫寶鑑 雜病 寒 太陽形證用藥> "太陽膀胱本病 頭疼脊强. 小腸爲標 與心爲表裏 故發熱 冬月麻黃桂枝湯 餘月九味羌活湯. 太陽以皮膚爲表 以膀胱爲裏. 熱在皮膚 則頭疼項强 宜麻黃桂枝湯 九味羌活湯. 熱在膀胱 則口渴尿赤 宜五苓散(入門). 發熱惡寒 脈浮者 屬表 卽太陽證也 <仲景>…陽明者 大腸爲標 與肺爲表裏 故微惡寒發熱 爲經病 宜葛根解肌湯. 渴而有汗者 宜白虎湯 胃爲本. 目疼鼻乾 潮汗閉澁 滿渴狂譫 宜調胃承氣湯(入門). 陽明以肌肉之間爲表 胃府爲裏 熱在表 則目疼不眠 宜葛根解肌湯, 熱入裏 則狂譫 宜調胃承氣湯(入門)" 등이다.

12) X Y Z의 세 축은 각각 세 線으로 이루어진 重層構造인데 이 각각의 선들은 하나의 구별되는 특성을 나타낸다. 예컨대 병인의 溫熱邪類는 病位軸의 삼초와 衛氣營血을 주로 사용하게 되고 病性에서는 熱實陽證과 관련이 깊은데 이를 생병리적인 면에서 親和性이라 하고 좌표상의 지리적인 면에서 近緣性이라 한다.

13) 或者(曹東義)는 病因을 객관적인 기준(季節, 主氣, 溫度, 화학검사 등)에 의해 진단할 수 있는 것이 아니고 결국에는 審證求因에 의해 결정하는 것이며, 傷寒이든 溫病이든 最終的인 基底에는 證을 나누어 方을 결정해야 하므로 病證結合과 分層診治를 통하여 寒溫統一하여야 한다고 주장한다. 이러한 지적도 결국은 病因의 不完全性과 관련된다. 그러나 病因이 모든 환자에게, 모든 시점에 동일한 것은 아니지만 대부분에게 발현되는

전이나 방제를 논술하는 것은 장황하고 복잡한 과정을 거쳐야 하므로 여기서는 전염성 외감병의 포괄적인 변증체계 가설을 제안하는데 그친다.

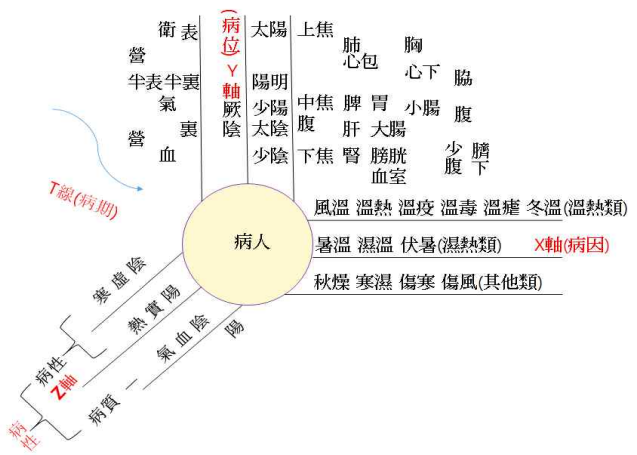

Fig. 2. 3 dimensional synoptic diagram of unified differential dignostic system of exogenous diseases. T means elapse of time

이상의 내용을 종합하여 같은 속성을 가진 분류개념들을 하나의 그룹으로 모아 유형별로 통합하면 외감병에 대한 일목요연한 인식체계를 구성할 수 있다. 실제 임상에서는 한 그룹 내에서도 차별적인 변증의의에 따라 구별하여 적용하게 된다. 즉 少陰人이라면 傷風、傷寒、寒濕、暑溫、濕溫、風溫 등의 병인이, 太陽、衛表에서 三陰의 裏에 好發하며, 陽、氣에 虛、寒、陰證의 病性을 주로 나타낸다. 반대로 病性을 기준으로 하면 虛熱은 少陰人、少陽人、太陰人에 모두 발생할 수 있지만 虛熱의 구체적인 병리기전과 치법은 체질별로 유형이 나뉘는 것이다. 이것을 그림으로 예시하면 Fig. 3과 같다.

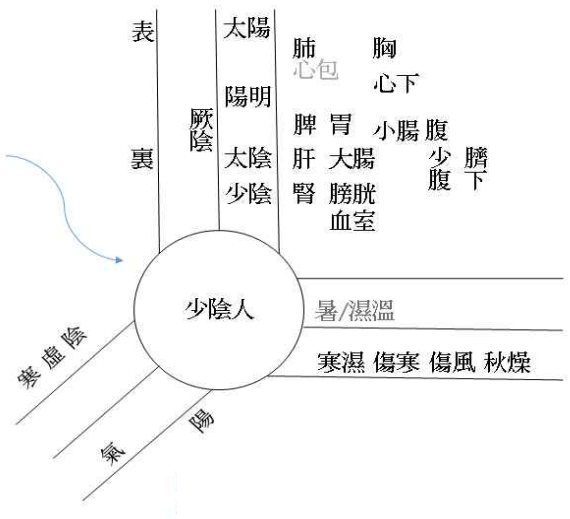

Fig. 3. Differentiation elements of soeum person considering affinity.

특성은 공통적이며, 설사 한 外感因子가 특정 환자에게는 대부분의 사람과 다른 病因으로 작용하였다 하더라도 病因의 의의가 사라지는 것은 아니고 단지 체질적 배경의 중요성을 드러내는 것일 뿐이다.

그러나 실제 한국 임상에서는 溫病에서의 경험이 적어 위와 같은 stereotype의 완정한 체질론으로 정형화되어 있지는 않지만 感冒나 有關雜病에서의 변증논치는 보다 다양한 방법으로 이루어진다. 즉 形氣相應의 원리에 의하여 氣의 虛實盛衰變化는 그렇게 형성되도록 하는 形象的 요인이 선행하는 것으로 보며, 따라서 현재의 疾病狀態에 대한 분석은 形→氣→證→治의 순서로 자연히 연역된다. 예를 들면 朴仁圭가 완성한 形象醫學에서의 六經形과 六經形證, 精氣神血 四科와 病證의 관계, 五臟形, 膽膀胱, 男女老少 등[14]이 그러한데 이런 다양한 매개개념들은 위에서 예시한 病因과 病位에 대한 親和性을 더욱 강화하는 내적 상관관계를 형성한다.

이러한 방식은 기존의 寒溫統一理論들이 제시했던 六經、衛氣營血、八綱、西醫生理系統 등의 중심적인 변증방법을 위주로 한 통합체계[15]와는 달리 각각의 외감병 변증과 치료이론들을 그대로 수용하면서 체질적인 상호친화성과 근연관계를 바탕으로 통합하는 것이다. 이러한 방법은 복잡한듯하지만 기존의 理法方藥은 각자 고유의 배경과 의미가 있기 때문에 하나도 捨象하지 않으면서 인체의 고유특성을 중심으로 疾病과 證徵을 종합하여 하나의 병리분류체계 안에서 재구성할 수 있다는 장점이 있다. 또한 朱文鋒의 證素辨證學[15]에서의 病位-病性개념과 유사한듯하지만 이는 이론의 출발과 목적과 범주가 전혀 다르고 실제 분류 내용도 매우 다른 것을 확인할 수 있다.

따라서 실제 급박한 임상상황이 발생하였을 때 본 통합변증체계에 의한 진단결과는 病因과 病位를 명확히 드러내고 체질과 형상정보에 의한 병리예측이 가능하므로 辨證論治의 迅速性과 效率性을 제고할 수 있으며, 발생 전에는 단순한 일반원칙이 아니라 상세한 개인적 병리경향성에 근거하여 예방조치를 시행할 수 있고, 원격지 혹은 타기관 의사와도 환자의 기본특성을 쉽게 공유할 수 있다. 이러한 거시적 통합변증방법은 또한 기존의 변증정보에 체질적인 배경을 종합하여 개인화 의학을 형성하려는 노력의 일환이다. 현대의학에서 전염병에 대응하는 백신제조방법은 사후적인데다 상당한 시간이 경과되어야만 가능한 방법이고 많은 비용을 요구한다. 따라서 보건당국이 다양한 疫病들에 대한 극복전략을 마련할 때 이러한 장단점들이 반드시 종합적으로 고려되어야 한다.

결 론

이전 醫籍과 驗方으로부터의 實事求是的인 蒐集과 實踐經驗을 바탕으로 酷甚했던 外感疫病에 대한 理法方藥體系를 완성했던 仲景의 육경중심 변증논치체계와 <溫疫論>과 葉天士, 吳鞠通 등에 의한 外感病 이론들의 변증개념과 분류형식을 종합하여 유행성 감염병에 대한 하나의 통합된 인식체계를 제안하고자 한 본 연구에서 다음과 같은 결론을 얻었다.

감염성 질환에 대한 변증논치체계가 가져야 할 필수요소는 병인과 병의 성질, 병위이며 병의 과정에 대한 정보를 포함한다. 특히 삼음삼양은 병인요소가 비록 상세하지는 못하지만 이러한 정보

14) 이와 유사한 중의학 이론들로는 王琦나 匡調元의 체질론, 黃煌의 藥證體質 등이 證과 개체의 고유특성 사이의 친화성을 이용하는 범주에 속한다.

15) 예를 들면 萬又生은 八綱, 張錫純은 傷寒, 鄧鐵濤는 熱病을 중심으로 해야 한다고 주장한다. 혹자는 아예 證을 중심으로 하자고도 주장한다.

들을 종합하여 개념화한 것으로 인식되어야 하며, 인체의 고유한 선후천적 체질특성과도 밀접한 친화성을 갖는다. 溫病論에서의 표리삼초와 衛氣營血 등의 이론을 종합하여 10개의 구성요소를 갖는 통합변증좌표계를 도시하였다. 그 중에서 病因軸의 세 線上에 있는 각 요소들은 病名과 연관되고, 병의 성질축 세 線上의 요소들은 辨證과 相通하여 실제로는 病과 證의 정보가 동시에 포함되며, 병위축 세 선상의 요소들은 치법을 지시하는 表裏、三陰三陽、衛氣營血 등의 병리위치와 五臟六腑器官 및 組織을 구체적으로 기술하는 형식이 된다. 또한 이들 各 軸의 세 線은 상호간에 친화성을 갖는 요소들로 구성되어 병인, 性質, 病位分類 상호간에 重層的인 상호연관성을 갖게 되는데, 이러한 분류체계는 患病個體의 체질적인 특성 아래 포섭되어 치료방법뿐만 아니라 예방과 사후조리방법을 도출하는 종합적인 보건체계로 사용될 수 있다.

References

1. Jang, I.S., Baik, Y.S., Bae, S.J., Seon, S.H., Lee, J.S., Han, C.H. An Overview of the Herbal Remedies for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in WHO Official Report(2004), Journal of Korean Oriental Internal Medicine 30(3):571-581, 2009.
2. Koo, Y.B. Development of virological and immunological control systems of avian influenza virus, RDA p 20, 2011.
3. Kim, W.J., Perspective and countermeasures of novel influenza A(H1N1), Journal of Korean Internal Medicine 77(3):139-142, 2009.
4. Lee, J.G., A study of risk perception on H1N1 novel flu and risk communication, Master's thesis of Korea university p 1, 2014.
5. Donga daily July 29, Declaration of MERS by prime minister Hwang Gyo-an, http://news.donga.com/3/all/20150729/72762172/1
6. Korea Centers for Disease Control and Prevention, Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Outbreak in the Republic of Korea, 2015, Osong Public Health and Research Perspectives 6(4):269-278, 2015.
7. Alimuddin Zumla, David S Hui and Stanley Perlman, Middle East respiratory syndrome, Lancet 386(9997):995-1007, 2015.
8. Association of Korean Medicine, Seminar for reaction plan against MERS, p 39, 2015. 7. 2.
9. Association of Korean Medicine, Seminar for reaction plan against MERS, pp 14-15, 2015. 7. 2.
10. http://cafe.naver.com/shindocter/1849
11. Wanyousheng, Hanwentongyilun, Shanghaikeji Publishing Co. pp 45-323, 1983.
12. Nanjing Univ. of TCM, Shanghanlunyishi, 4th Ed. Shanghaikeji Publishing Co. pp 1135-1142, 2009,
13. Moon, J.J., et al, Sanghannonjunghae, new ed, Haneuimunhwa Co., p 16, 2014.
14. Zheng, M.Q., Lin, P.S. Ed., Zhonghwayiyaoxueshi, Taiwanshangwuyinshuguan, pp 358-359, 1987.
15. Zhu, W.F. Zhengsubianzhengxue, Renminweisheng Publishing Co., Beijing, 2008.