

‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義

부산대학교 한의학전문대학원 임상의학부¹
부산대학교 한의학전문대학원 인문사회의학부²
심소현¹ · 강민정¹ · 김재규¹ * · 백진웅² **

Significance of Chongu pulse diagnosis as the standard of measuring the result of the acupuncture on ‘The affected part of the pulse wave’

Sim So-Hyun¹ · Kang Min-Jung¹ · Kim Jae-Kyu¹ * · Baek Jin-Ung² **

¹Div. of Clinical Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

²Div. of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

Objective : The aim of this study is to find out the significance of Chongu pulse diagnosis as the standard of measuring the result of the acupuncture on ‘the affected part of the pulse wave’ based on the literature.

Method : ① The clear concepts of the ‘unaffected part’ and the ‘affected part’ were organized. ② The relation between the pulse diagnosis and the acupuncture in Hwangjenaekyung was studied. ③ The indications of Mu acupuncture treatment(繆刺法) and Geo acupuncture treatment(巨刺法) in Hwangjenaekyung was studied. ④ The types and changes of pulse diagnosis in Hwangjenaekyung was studied, especially based on the relation between Sambuguhu pulse diagnosis(三部九候脈診) and Chongu pulse diagnosis(寸口脈診). ⑤ By synthesizing these results, the significance of Chongu pulse diagnosis as the standard of measuring the result of the acupuncture on ‘the affected part of the pulse wave’ was found.

Result & Conclusion : 1. When the affected part and the unaffected part are defined, it is necessary to make clear that which one of next three definitions is used ; Firstly, ‘the broad sense of definition of the affected part and the unaffected part of the symptom’, which contains the pulse wave. Secondly, ‘the narrow sense of definition of the affected part and the unaffected part of the symptom’, without the pulse wave. And thirdly, ‘the definition of the affected and the unaffected part of the pulse wave’, which has the only independent standard of the pulse wave.

2. Geo acupuncture treatment(巨刺法) is an acupuncture treatment which means the needling on 'the affected part of the pulse wave' based on Sambuguhu pulse diagnosis (三部九候脈診), and Mu acupuncture treatment(繆刺法) is an acupuncture treatment which means the needling on 'the unaffected part of the symptom based on the narrow sense of the definition'. The range of the indications of Mu acupuncture treatment(繆刺法) and Geo acupuncture treatment(巨刺法) contains most of the diseases which contains Rakbyung(絡病), Kyungbyung(經病) and Ojangbyung(五臟病).

3. Chongu pulse diagnosis(寸口脈診) contains not only the range of the indications of Sambuguhu pulse diagnosis(三部九候脈診), but also most of the diseases.

4. From synthesizing these results of the study on the literature, we infer that Chongu pulse diagnosis as the standard of measuring the result of the acupuncture on 'the affected part of the pulse wave' is significant.

Key Words : affected part, unaffected part, mu acupuncture treatment, geo acupuncture treatment, chongu pulse diagnosis.

I. 序 論

임상한의사들을 대상으로 2008년도에 이루어진 설문조사에 의하면, 통증이나 마비 등의 증상 발현 부위가 인체의 좌측과 우측으로 뚜렷이 구분되는 질병을 鍼 治療할 때, 해당 증상이 발현되지 않는 쪽인 健側에 取穴하는 경우가 20.7%, 患側에 取穴하는 경우가 37.1%, 健側과 患側을 동시에 取穴하는 경우가 42.2%라고 한다¹⁾. 患側取穴의 비중이 더 높기는 하지만 健側取穴도 중요한 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

그런데 患側取穴과 달리 健側取穴은 증상이 발현되는 측이 아니라 그 반대 측에 시술하기 때문에 이에 대한 일정한 이론적 근거가 제시되어 왔다. 예를

들어, “巨刺法은 좌측에 병이 있으면 우측에서 取穴하고 우측에 병이 있으면 좌측에서 取穴한다.”²⁾라는 記述과 “邪氣가 大絡을 침범하면 좌측에서 우측으로 흘러가고, 또 우측에서 좌측으로 흘러가서 上下左右로 經脈과는 다른 길로 四肢에까지 퍼져서 그 病處가 일정하지 않고 經俞에 들어가지 않으므로 (이 때 사용하는 鍼法을) 繆刺法이라고 한다.”³⁾라는 記述이 있어 健側取穴의 문헌 근거로 기본적으로 인용되는 『黃帝內經』의 繆刺法과 巨刺法은 “몸에 통증이 있지만 三部九候에 病이 없으면 繆刺法을 쓰고, 통증이 좌측에 있으나 우측에 病脈이 있으면 巨刺法을 쓴다.”⁴⁾라는 문장에서 알 수 있듯이 그 근거를 三部九候脈診에 두고 있다. 즉 도식적으로 증상 발현 부위의 반대쪽에서 取穴하는 것이 아니라 三部九候脈診의 결과를 활용해 左病右治, 右病左治의 鍼 시술법

* 공동 교신저자 : 김재규. 부산대학교 한의학전문대학원 임상의학부. 경상남도 양산시 물금읍 범어리 부산대학교 양산캠퍼스.

E-mail : kjk@pusan.ac.kr Tel : 051-510-8477

** 공동 교신저자 : 백진웅. 부산대학교 한의학전문대학원 인문사회의학부. 경상남도 양산시 물금읍 범어리 부산대학교 양산캠퍼스.

E-mail : mukjagan@pusan.ac.kr Tel : 051-510-8452

접수일(2014년 01월17일), 수정일(2014년 02월12일), 게재확정일(2014년 02월17일).

1) 대구한의사회 편집부. 개원한의사 침구치료의 설문조사. 대구광역시의학회지. 2008. 14호.. p.13.

2) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 서울. 2009. p.541. “「官鍼」巨刺者, 左取右, 右取左.”

3) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.328. “「繆刺論」夫邪客大絡者, 左注右, 右注左, 上下左右, 與經相干, 而布於四末, 其病無常處, 不入於經俞, 命曰繆刺.”

4) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.327. “「調經論」身形有痛, 九候莫病, 則繆刺之, 痛在於左而右脈病者, 巨刺之.”

을 적용한다.

따라서 현재의 임상 의들도 左病右治, 右病左治의 鍼 시술법을 문헌에 근거해 활용하기 위해서는 三部九候脈診을 활용해야 한다. 그러나 최근의 임상 현장에서는 三部九候脈診이 사실상 사라졌기 때문에 적어도 문헌적 근거에 기반해 左病右治, 右病左治의 침 시술법을 활용한다고 보기는 어렵다.

물론 『黃帝內經』이 유일한 문헌적 근거임을 주장하고자 하는 것은 아니다. 예를 들어, “陽體質 虛 金陽, 土陽, 木陽, 水陽體質은 기본방을 사용할 때 반드시 우측에 시술한다. 왜냐하면 상기의 4체질은 病이 거의 좌측에서 발병하기 때문이다.”⁵⁾라는 八體質鍼法 이론이나 “董氏鍼法은 인체에는 자연면역 체계가 있고 아울러 상대적 평형점이 있다고 생각하여 ‘交經巨刺’의 원칙을 채용하고 있다.”⁶⁾라는 董氏鍼法 이론처럼 해당 鍼法의 특정 이론을 따라 左病右治, 右病左治의 鍼 시술법을 활용하는 경우도 있다. 하지만 이 경우들은 모두 해당 鍼法 창시자가 자신의 개인적 임상 경험에 근거해 제안한 최근의 가설적 주장이기 때문에 수천 년 간의 권위를 인정받아 온 『黃帝內經』의 三部九候脈診만큼의 문헌적 근거를 가졌다고 보기는 어렵다.

또 문헌적 근거 이외의 실험적 근거로 예를 들어 “鍼과 電鍼을 이용한 經穴의 左右 효과 비교 연구”⁷⁾ “健側 取穴 多種 鍼刺法이 白鼠의 神經病理性 疼痛에 미치는 영향”⁸⁾, “鍼의 巨刺法에 대한 실증적 연구”⁹⁾, “中風急性期에 활용되는 巨刺法에 관한 고찰”¹⁰⁾ 등의 연구가 있어 각각 일정한 성과를 제시하기는 했지만, 鍼 治療時 健側取穴 혹은 患側取穴의 당위성을 이론적으로 뒷받침하기 위해서는 보

다 많은 추가 연구가 필요해 보인다.

이에 그러한 연구 중 한 가지로 『黃帝內經』을 중심으로 한 문헌에 근거해 ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義를 살펴본 결과 일정한 성과를 얻었기에 발표하는 바이다.

II. 本 論

1. 연구 방법과 내용

1) ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義를 『黃帝內經』을 중심으로 한 문헌에 근거해 효율적으로 고찰하기 위해 아래의 순서와 내용으로 연구를 진행하였다.

① 먼저 ‘健側’과 ‘患側’의 개념을 명확히 정리하였다. 현재 사용되는 ‘健側’과 ‘患側’의 개념에는 ‘脈狀’이 포함되어 있지 않음을 밝히고, 또 ‘脈狀’을 ‘健側’과 ‘患側’을 구분하는 기준에 포함할지 여부를 분명히 규정한 후에야 健側取穴과 患側取穴의 의미 및 寸口脈診과의 관계 설정이 정확해지기 때문이다.

② 『黃帝內經』에 수록된 鍼 치료와 脈診과의 관계를 살펴보았다. 이를 통해 健側取穴과 患側取穴 선택 기준, 그리고 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 脈診의 중요성을 파악할 수 있기 때문이다.

③ 『黃帝內經』에 수록된 繆刺法과 巨刺法의 적응증을 살펴보았다. 이를 통해 健側取穴과 患側取穴 선택을 위한 『黃帝內經』의 기준을 적응증의 측면에서 파악할 수 있기 때문이다.

④ 『黃帝內經』에 수록된 脈診法의 종류와 변천사를 특히 三部九候脈診과 寸口脈診의 관계를 중심으로 살펴보았다. 이를 통해 繆刺法과 巨刺法 적용 기준으로 활용되었던 三部九候脈診을 寸口脈診이 대신할 수 있을지 여부를 판단할 수 있기 때문이다.

⑤ 이상의 연구 결과를 종합적으로 고찰하고, 이를 바탕으로 ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義를 밝혔다.

2) 본 연구에서 참고한 『黃帝內經』은 진주표가 編註한 『임상활용 황제내경 독송본』¹¹⁾에 수록된 『

5) 정인기, 강성길, 김창환. 오수혈을 이용한 침법의 비교 고찰. 대한침구학회지. 2001. 18(2). p191.

6) 채우석. 동씨기혈집성. 서울. 일지사. 1997. p.6.

7) 엄재연, 조남근. 鍼과 電鍼을 이용한 經穴의 左右 효과 비교 연구. 대한한의정보학회지. 2003. 9(2). pp.127-138.

8) 정정희. 健側 取穴 多種 鍼刺法이 白鼠의 神經病理性 疼痛에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2007. 24(5). pp.137-150.

9) 우영민, 남영. 鍼의 巨刺法에 대한 실증적 연구. 대한안이 비인후피부과학회. 2000. 13(2). pp.1229-2516.

10) 이인. 中風急性期에 활용되는 巨刺法에 관한 고찰. 한국 전통의학지. 2001. 11(1). pp.11-20.

11) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009.

黃帝內經 素問』과 『黃帝內經 靈樞』를 底本으로 삼았는데, 그 이유는 이 책이 上海中華書局에서 校刊한 ‘四部備要本’을 底本으로 하고 ‘四庫全書本’, 『黃帝內經章句索引』, 『黃帝內經素問校釋』, 『黃帝內經靈樞 校釋』을 對校本으로 삼아 원문을 정리하였기¹²⁾ 때문에 신뢰도가 높다고 판단하였기 때문이다.

2. ‘健側’과 ‘患側’의 정의

1) 현재의 ‘健側’과 ‘患側’ 개념의 문제점

鍼 치료를 위한 取穴 과정에서 인체를 좌측과 우측으로 이등분하여 健側과 患側을 구분할 때는 일반적으로 환자나 의사가 인지할 수 있을 정도의 증상이 드러난 쪽을 ‘患側’이라 하고, 그렇지 않은 쪽을 ‘健側’이라고 한다. 그런데 여기에는 보통 痛症이나 癱瘓나 皮膚變色 등의 증상만이 포함될 뿐 脈狀은 포함되어 있지 않다. 예를 들어 瀉脈이나 促脈같은 病脈도 의사가 觸診을 통해 인지할 수 있는 증상의 일부임이 명백하기 때문에 엄밀히 말하면 健側과 患側 구분에는 脈狀도 당연히 포함되어야 한다. 그럼에도 불구하고 지금까지 脈狀이 빠진 채 健側과 患側 개념이 통용되는 바탕에는 左病右治 右病左治의 원칙을 최초로 기술한 『黃帝內經』의 “邪氣가 經脈을 침범하여 좌측에서 盛하면 우측에서 病이 나고, 우측에서 盛하면 좌측에서 病이 난다.”¹³⁾와 “巨刺法은 좌측에 병이 있으면 우측에서 取穴하고 우측에 병이 있으면 좌측에서 取穴한다.”¹⁴⁾라는 두 문장의 영향이 큰 것으로 보인다. 즉 이 두 문장의 내용을 이해하는 과정에서 통증이 있는 쪽과 患側을 동일시한 것으로 추정된다. 하지만 또 다른 편의 “통증이 좌측에 있으나 우측에 病脈이 있으면 巨刺法을 쓴다.”¹⁵⁾라는 문장을 보면 “痛症은 左側”에 있으나 ‘右側

脈의 病’이라는 표현을 통해 痛處 뿐 아니라 病脈處도 病處로 인식했음을 분명히 알 수 있다. 따라서 脈狀에 대한 고려가 없는 현재의 健側과 患側 개념은 『黃帝內經』의 本意라 보기에는 어렵다고 생각한다.

2) ‘광의의 증상의 健側과 患側 구분’, ‘협의의 증상의 健側과 患側 구분’, ‘脈狀의 健側과 患側 구분’

원래 증상의 범주에는 脈狀이 포함된다. 하지만 예를 들어 증상과 脈의 虛實狀이 다르게 나타날 경우에는 從脈捨證하거나 從證捨脈해야 하는데, 이처럼 여러 증상 중에서 脈狀만을 분리하여 다른 모든 증상과 구분되는 하나의 독립된 기준으로 다루는 경우가 있다. 따라서 증상의 범주에 脈狀을 포함하는 경우와 그렇지 않은 경우를 구분할 필요가 있다. 이 두 경우 중 脈狀까지 포함한 前者의 증상 개념을 ‘광의의 증상’이라 하고, 脈狀을 제외한 後者의 증상 개념을 ‘협의의 증상’이라고 편의상 분류한다면, 脈狀을 고려하지 않고 다른 증상만을 기준으로 구분하는 현재의 健側과 患側의 개념은 협의의 증상 개념에 근거한다고 할 수 있다. 즉 현재의 健側과 患側의 개념은 ‘협의의 증상의 健側과 患側 구분’이라고 할 수 있다. 이와 달리 脈狀을 포함할 경우에는 ‘광의의 증상의 健側과 患側 구분’이라고 할 수 있다. 그리고 脈狀만을 健側과 患側 구분의 독립적 기준으로 삼는 경우에는 ‘脈狀의 健側과 患側 구분’이라고 할 수 있다. 이처럼 健側과 患側 분류 기준을 세 가지로 분류해야 脈狀과 여타 증상이 불일치할 경우에도 아무런 모순 없이 정확하게 健側과 患側을 구분할 수 있다. 그러므로 앞으로 健側과 患側을 구분할 때에는 ‘광의의 증상의 健側과 患側 구분’인지, 아니면 ‘협의의 증상의 健側과 患側 구분’인지, 아니면 ‘脈狀의 健側과 患側 구분’인지를 구별할 필요가 있다고 생각한다.

3. 鍼 치료와 脈診과의 관계

1) 鍼 치료 전과 脈診과의 관계

『黃帝內經』에는 鍼 치료 전의 脈診의 중요성을 강조한 내용이 여러 곳에 기술되어 있다. 「九鍼十二原」篇의 “鍼을 사용하려는 경우에는 반드시 먼저 脈

12) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.5.

13) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.328. “「繆刺論」 邪客於經, 左盛則右病, 右盛則左病.”

14) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.541. “「官鍼」 巨刺者, 左取右, 右取左.”

15) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.327. “「調經論」 痛在於左而右脈病者, 巨刺之.”

診을 통해 氣의 극단적 변화를 살핀 후에야 치료가 가능하다.”¹⁶⁾라는 내용과 『根結』篇의 “반드시 五臟 상태가 변화한 病, 五臟 상태가 변화한 五脈의 반응, 經絡의 虛實, 피부의 부드럽고 거침을 살핀 후에야 取穴이 가능하다.”¹⁷⁾라는 내용을 그 대표적 예라 할 수 있는데, ‘반드시’라는 표현을 쓴 것으로 볼 때 『黃帝內經』에서는 脈診을 鍼 치료 전에 꼭 해야 할 필수 과정으로 중시했음을 알 수 있다.

2) 鍼 치료 중, 치료 후와 脈診과의 관계

『黃帝內經』에서는 鍼 치료 전의 진단 과정에서 뿐만 아니라 鍼 치료 과정과 치료 후 경과를 확인하는 도구로써도 脈診을 중시했다. 『九鍼十二原』篇의 “刺鍼을 했는데도 氣가 이르지 않으면 회수에 상관없이 계속 刺鍼하고, 刺鍼을 했는데 氣가 이르면 鍼을 제거하고 다시 刺鍼하지 말아야 한다. 刺鍼의 요점은 氣가 이르러야 효과가 있다는 점이다.”¹⁸⁾라는 내용과 『終始』篇의 “소위 ‘氣가 이르러야 효과가 있다’라는 말은 ‘瀉하면 虛해지게 한다. 虛해진다는 말은 脈의 크기는 刺鍼 전과 같지만 단단하지는 않다는 뜻이다. 단단하기가 刺鍼 전과 같으면 일시적으로는 비록 나아졌다고 말하더라도 病은 제거되지 않는다. 補하면 實해지게 한다. 實해진다는 말은 脈의 크기는 刺鍼 전과 같지만 더욱 단단하다는 뜻이다. 刺鍼 전과 같으면서 단단하지 않으면 일시적으로는 비록 나아졌다고 말하더라도 病은 제거되지 않는다.”¹⁹⁾라는 내용과 『三部九候論』篇의 “황제가 ‘三部九候는 어떻게 살펴야 합니까?’라고 묻자 기백이 ‘반드시

먼저 몸의 肥瘦를 살펴 氣의 虛實을 조절해야 하니 實하면 寫하고 虛하면 補한다. (이 때) 반드시 먼저 血脈을 출혈시킨 후 조절한다. (그리고) 病에 상관없이 (脈이) 안정됨을 기준으로 한다.’라고 답했다.”²⁰⁾라는 내용을 보면 鍼 치료 전과 치료 후의 경과를 脈診을 통해 점검했음을 분명히 알 수 있다.

이상의 『黃帝內經』 내용 考察을 통해 김기왕 등은 “당시의 침 치료에는 맥진이 자침에 앞서 이루어져야 할 필수적 과정이었으며, 침 치료의 유효 여부도 단순한 증상의 경감이 아니라 맥의 변동을 통해 확인하였다.”²¹⁾라고 결론 내렸는데, 이는 『黃帝內經』에서는 脈診을 鍼 치료의 필수적 요소로 여겼음을 정확히 지적한 매우 타당한 주장이라고 생각한다.

4. 繆刺法과 巨刺法의 적응증

1) 繆刺法과 巨刺法의 적응증 차이

繆刺法과 巨刺法의 차이를 묻는 黃帝의 질문에 대한 岐伯의 답변이 『黃帝內經』에는 다음과 같이 기술되어 있다. “邪氣가 經을 침범하여 좌측에서 盛하면 우측에서 病이 발생하고 우측에서 盛하면 좌측에서 病이 발생한다. 또 邪氣가 이동해 좌측의 통증이 아직 낫지 않은 상태에서 우측 맥에 먼저 病이 발생하는 경우가 있는데, 이때에는 반드시 巨刺法을 써서 그 經에 刺鍼해야지 絡脈에 刺鍼해서는 안 된다. 絡病이 생기면 그 통증이 경맥과 다른 부위에 있으므로 (이 때 사용하는 鍼法을) 繆刺法이라고 한다.”²²⁾ 이 내용을 통해 繆刺法은 絡病을 대상으로 하고, 巨刺法은 經病을 대상으로 함이 두 鍼法 적응증의 기본적 차이임을 알 수 있다.

16) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.499. “『九鍼十二原』凡將用鍼, 必先診脈, 視氣之劇易, 乃可以治也.”

17) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.533. “『根結』必審五藏變化之病, 五脈之應, 經絡之實虛, 皮之柔蠱, 而後取之也.”

18) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.498. “『九鍼十二原』刺之而氣不至, 無問其數, 刺之而氣至, 乃去之, 勿復鍼 ~ 刺之要, 氣至而有効.”

19) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. pp.552-553. “『終始』所謂氣至而有効者, 寫則益虛, 虛者, 脈大如其故而不堅也, 堅如其故者, 適雖言快, 病未去也, 補則益實, 實者, 脈大如其故而益堅也, 夫如其故而不堅者, 適雖言快, 病未去也.”

20) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.136. “『三部九候論』帝曰以候奈何? 岐伯曰必先度其形之肥瘦, 以調其氣之虛實, 實則寫之, 虛則補之, 必先去其血脈而後調之, 無問其病, 以平爲期.”

21) 배성철, 신승훈, 김기왕. 황제내경에 나타난 침차 전후의 맥진. 대한한의학원전학회지. 2011. 24(3), p.15.

22) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.328. “『繆刺論』帝曰願聞繆刺, 以左取右, 以右取左, 奈何? 其與巨刺, 何以別之? 岐伯曰邪客於經, 左盛則右病, 右盛則左病, 亦有移易者, 左痛未已, 而右脈先病, 如此者, 必巨刺之, 必中其經, 非絡脈也. 故絡病者, 其痛與經脈繆處, 故命曰繆刺.”

2) 繆刺法과 巨刺法の 공통점

각각 絡病과 經病을 대상으로 한다는 기본적인 차이점을 제외하면 繆刺法과 巨刺法은 매우 유사하다. 먼저 “巨刺法은 좌측에 병이 있으면 우측에서 取穴하고 우측에 병이 있으면 좌측에서 取穴한다.”²³⁾와 “邪氣가 大絡을 침범하면 좌측에서 우측으로 흘러가고, 또 우측에서 좌측으로 흘러가서 上下左右로 經脈과는 다른 길로 四肢에까지 퍼져 그 病處가 일정하지 않고 經俞에 들어가지 않으므로 (이 때 사용하는 鍼法을) 繆刺法이라고 한다.”²⁴⁾라는 문장에서 알 수 있듯이 左病右治 右病左治하는 원칙이 같고, 또 “몸에 통증이 있지만 三部九候에 病이 없으면 繆刺法을 쓰고, 통증이 좌측에 있으나 우측에 病脈이 있으면 巨刺法을 쓴다.”²⁵⁾라는 문장에서 알 수 있듯이 三部九候脈診을 진단법으로 활용한다는 점이 같다.

그런데 여기서 또 한 가지 중요한 점을 알 수 있다. “통증이 좌측에 있으나 우측에 病脈이 있으면 巨刺法을 쓴다.”²⁶⁾라는 문장에서 ‘통증이 있는 좌측’과 ‘病脈이 있는 우측’을 구분했음을 알 수 있고, 따라서 巨刺法에서는 ‘협의를 증상의 患側’과 ‘脈狀의 患側’을 구분하며, 그 중에서도 ‘脈狀의 患側’에 刺鍼한다는 사실을 알 수 있다. “단지 신체의 한 쪽에서 症狀이나 病症이 출현하고 病脈은 반대 측에서 출현할 때 비로소 巨刺法을 쓸 수 있다. 반면 신체 한 쪽에서 症狀이나 病症이 출현하지만 病脈이 같은 쪽이나 양쪽에서 출현하는 상황에서는 巨刺法을 쓸 수 없다. 이때에는 병이 든 쪽의 經絡에서 取穴하여 刺鍼하거나 양측의 經絡에서 取穴하여 刺鍼해야 한다.”²⁷⁾라는 주장도 巨刺法이 脈狀의 患側取穴을 원

칙으로 함을 뒷받침한다. 그러므로 巨刺法은 三部九候脈診에 의한 ‘脈狀의 患側’에 刺鍼하는 鍼法이라고 할 수 있다.

하지만 繆刺法은 조금 다르다. 經病과 絡病의 차이가 있을 뿐 左病右取 右病左取의 원칙이 같으므로 얼핏 생각하면 繆刺法도 같은 기준을 가진다고 생각할 수 있지만, “몸에 통증이 있지만 三部九候에 病이 없으면 繆刺法을 쓴다.”²⁸⁾라는 문장을 통해 繆刺法은 三部九候脈狀에 이상이 없을 때 활용하는 鍼法임을 알 수 있고, 따라서 ‘脈狀의 患側’에 刺鍼하는 鍼法이라고 할 수가 없다. 대신 ‘협의를 증상의 健側’에 刺鍼하는 鍼法이라고 할 수 있다²⁹⁾.

3) 繆刺法과 巨刺法 적응증의 범위

앞에서 繆刺法은 絡病을 대상으로 하고 巨刺法은 經病을 대상으로 함을 밝혔다. 하지만 지재동은 「繆刺論」篇에 수록된 絡脈病候 안에 經脈病候가 포함되어 있음을 考察한 후, “繆刺法の 대상을 순수한 絡脈病으로 제한했다고 보기는 어렵다.”³⁰⁾라는 주장을 폈다. 또 「經脈」篇의 經脈病候를 考察한 후 “「經脈」篇의 是動病과 所生病에는 內臟의 變도 포함되어 있고 絡脈病候도 포함되어 있으므로 순수한 經脈病을 취합했다고 보기는 어렵다.”³¹⁾라는 주장도 하였

重要意義. 光明中醫, 2008. 23(10). p.1470. “可見只有當身體一側出現症狀或者體征, 病脈出現在對側時才應該採用巨刺的方法, 而對於身體一側出現症狀或體征, 病脈出現在同側或者雙側的情況即不能採用巨刺的方法, 應該採用病側循經取穴鍼刺或者雙側循經取穴鍼刺的方法.”

23) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.541. “「官鍼」巨刺者, 左取右, 右取左.”

24) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.328. “「繆刺論」夫邪客大絡者, 左注右, 右注左, 上下左右, 與經相干, 而布於四末, 其病無常處, 不入於經俞, 命曰繆刺.”

25) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.260. “「調經論」身形有痛, 九候莫病, 則繆刺之, 痛在於左而右脈病者, 巨刺之.”

26) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.260. “「調經論」身形有痛, 九候莫病, 則繆刺之, 痛在於左而右脈病者, 巨刺之.”

27) 胡中平, 洪營東, 王罡. 少議脈診在巨刺如繆刺合理選擇上的

28) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.260. “「調經論」身形有痛, 九候莫病, 則繆刺之, 痛在於左而右脈病者, 巨刺之.”

29) 그런데 이 경우에는 繆刺法の 활용 기준이 명확하지 않다는 또 다른 문제점이 발생한다. 三部九候脈診上 아무 기준이 없고, 또 『黃帝內經』에 다른 기준도 제시되어 있지 않기 때문이다. 단순히 생각하면 繆刺法은 ‘협의를 증상의 患側’에 刺鍼해도 나쁘지 않으면 ‘협의를 증상의 健側’에 刺鍼하는 鍼法이라고 추정할 수도 있다. 하지만 단순히 이렇게 추정하기보다는 보다 세밀한 연구가 필요한데, 이는 본 연구의 주제에서 벗어나므로 후속 연구를 기대하며 더 이상의 언급은 피하고자 한다.

30) 池載東. 形氣의 觀點에서 본 繆刺法과 巨刺法 研究. 대구한의대학교 대학원. 박사학위 논문. 2010. p.37.

31) 池載東. 形氣의 觀點에서 본 繆刺法과 巨刺法 研究. 대구한의대학교 대학원. 박사학위 논문. 2010. pp.35-36.

다. 그의 논문을 자세히 살펴보면 꽤 설득력 있는 주장임을 알 수 있는데, 이에 근거해 그의 주장을 타당한 것으로 받아들이면, 繆刺法과 巨刺法의 적응증 범위는 각각 五臟病까지 포함하는 것으로 확대하여 이해할 수 있다.

이에 대한 반대 의견으로는 백유상의 “巨刺法이나 繆刺法의 치료 대상이 되는 질환의 경우 그 증상의 발현이 左右에 따라 달리 나타난다는 것은 그 병의 소인이 내부 正氣의 손상에 있다기보다는 주로 외부 형체 즉 經絡上 氣血 순환의 편차로 나타나는 虛實에 있다고 보아야 한다. 왜냐하면 經絡은 내부 五臟六腑의 기운이 외부로 발현되어 左右 대칭적으로 분포하는 것이므로 만약 내부 臟腑의 正氣 虛實로 인하여 經絡上에 그 반응이 나타난다면 비교적 左右에 상관없이 증상이 나타날 가능성이 높기 때문이다.”³²⁾라는 주장을 들 수 있다. 백유상의 주장에도 일견 타당성이 있어 보이나, 『靈樞·九鍼十二原篇』의 “五藏의 곁에는 六府가 있고, 六府의 곁에는 十二原穴이 있다. 十二原穴은 인체 네 군데의 주요한 관문 부위에 있는데, 인체 내 네 군데의 주요한 관문 부위에 있는 十二原穴은 주로 五藏을 치료한다. 그러므로 五藏에 질병이 있으면 당연히 十二原穴을 取穴해야 한다. 十二原穴은 五藏이 三百六十五穴로 氣味를 나눠주는 관문이기 때문이다.”³³⁾라는 내용만 보더라도 臟腑系統과 經絡系統의 명확한 분리는 불가능함을 알 수 있으므로 필자는 증상의 左右 發顯狀은 각 疾病別로 다르다고 보는 것이 더 타당하다고 생각한다. 결론적으로 필자는 지재동의 주장이 더 타당하다고 생각하며, 따라서 繆刺法과 巨刺法 적응증의 범위는 각각 絡病과 經病은 물론이고 五臟病까지 포함한, 사실상 전 질병 영역으로 확대하여 이해할 수 있다고 생각한다.

5. 三部九候脈診과 寸口脈診

32) 백유상. 黃帝內經의 繆刺法과 巨刺法에 대한 고찰. 醫林. 2005. 316. p.58.

33) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.500. “『九鍼十二原』 五藏有六府, 六府有十二原, 十二原出於四關, 四關主治五藏. 五藏有疾, 當取之十二原. 十二原者, 五藏之所以稟三百六十五節氣味也.”

1) 『黃帝內經』에 수록된 脈診의 종류와 발전사

『黃帝內經』에 수록된 脈診의 종류와 발전사를 간략하게 정리하면, “脈診은 『黃帝內經』에서 平脈, 脈의 陰陽, 三部九候脈, 人迎氣口脈, 寸口脈, 五臟脈 등에 대한 기본적인 골격을 형성하였으나 구체적으로 실제적이지는 않았으며, 秦漢代는 『黃帝內經』의 이론을 입상에 적용하는 시대였고, 兩晉隋唐五代는 秦漢代의 醫學을 바탕으로 脈에 대한 이론이 확립되는 시기였으며, 宋金元代는 확립된 이론에 대해 醫家들이 해석을 시도하는 시기였고, 明清代에는 古經에 근거하여 前代 醫家들 이론을 考證하고 재확립하는 시기였다.”³⁴⁾라고 요약할 수 있다. 그리고 診脈 부위는 “서로 다른 부위를 按脈한 다양한 脈法 즉 動脈法, 三部九候脈法, 人迎氣口脈法, 氣口脈法 등이 『黃帝內經』시대에서부터 최근에 이르기까지 발전해 온 양상을 크게 정리하면, 전신의 모든 動脈에서 좌우 18군데의 주요 부위로³⁵⁾, 다시 상하좌우 4부위로, 다시 좌우 2부위로 줄어드는 양상을 보인다. 그러나 단순히 맥진 부위가 줄어드는 것이 아니라 적은 부위에서 더욱 전체적이고 정밀하게 진단하는 방향으로 변화한다.”³⁶⁾라는 내용으로 요약할 수 있다.

이 중 본 논문의 주제와 관련 깊은 三部九候脈診과 寸口脈診에 대해 조금 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

2) 三部九候脈診과 寸口脈診의 차이

三部九候脈診은 인체를 下部, 有中部, 有上部的 三部로 나누고, 또 각 부분을 三候로 나누어 각 부분을 診脈하는 脈診法이다³⁷⁾. 즉 총 아홉 부분의 박동을 切診해 各部의 균형이 유지되면 건강한 상태고 失調되면 病態로 보되, 각각 실조된 부분에 病邪가 존재한다고 추정하는 脈診法이다³⁸⁾. 그런데 三部九

34) 김태희, 홍원식. 內經의 脈診과 後代醫家說의 비교 연구. 경희한의대논문집. 1987. 10. p.377.

35) 원 논문에는 9군데로 되어 있으나 문맥상 좌우로 모두 헤아리는 것이 맞다고 판단하여 18군데로 수정하였다.

36) 장용우, 임진석. 黃帝內經에 나타난 脈診法에 관한 연구. 대한한의학원전학회지. 1998. 11(2). p.148, 162.

37) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.135. “帝曰 何謂三部? 岐伯曰 有下部, 有中部, 有上部.”

候脈診은 『素問』에만 언급되어 있고 『靈樞』, 『難經』, 王叔和의 『脈經』에는 언급되어 있지 않다³⁹⁾. 따라서 비교적 이른 시기에 그 효용을 다하고 다른 脈診法으로 대체되었음을 짐작할 수 있다.

반면 오늘날 보편적 脈診法으로 자리 잡은 寸口脈診은 寸口 부위에서 診脈하는 방법 중에서도 六部定位脈診法인데, 이는 『黃帝內經』 脈診法 들 중에서 가장 後代 것으로 생각되는 寸口脈診이 『難經』, 『傷寒論』, 王叔和의 『脈經』 등에 의해 계승 발전하여 현재에 이르게 된 것이다⁴⁰⁾. 그 과정은 寸口診에 陰陽論이 도입되어 寸口 부위를 寸部和 尺部の 둘로 나누어 診脈하는 尺寸診法 성립 과정을 거친 후, 여기에 三部九候脈診과 人迎脈口脈診을 참고하고 또 五行說을 활용하는 등 기존 脈診法의 사고방식을 집약해서 통일화를 시도한 것으로 간략하게 정리할 수 있다⁴¹⁾.

이 과정을 조금 더 자세히 살펴보면 “尺內 양측에서 季脇을 살피고, 尺外에서 腎을 살피며, 尺中에서 腹中을 살핀다. 왼손 尺膚의 중간 부분 바깥쪽에서 肝을 살피고, 안쪽에서 膈部의 병을 살피며, 오른쪽의 바깥쪽에서 胃를 살피고, 안쪽에서 脾를 살핀다. 오른손 尺膚의 상단 바깥쪽에서 肺를 살피고 안쪽에서 胸中을 살피며, 왼손의 바깥쪽에서 心을 살피고, 안쪽에서 臍中을 살핀다. 尺膚의 전면에서 신체의 앞쪽을 살피고, 후면에서 신체의 뒤쪽을 살핀다. 上竟上(魚際) 부위에서 胸部와 喉部의 상황을 살피고, 下竟下(尺澤) 부위에서 少腹腰股膝脛足 중의 질병을 살핀다.”⁴²⁾라는 『脈要精微論』篇의 내용이 脈

診 부위가 간소해지는 과정에서 전신을 진단하기 위해 새로 고안한 방법인 五臟脈 개념과 결합했고, 그 결과 『難經』 이후에는 氣口를 寸關尺으로 구분한 후 각 부위에 臟腑를 배속해 전신을 관찰하는 脈診法으로 발전하게 되었다⁴³⁾고 정리할 수 있다.

3) 三部九候脈診과 寸口脈診과의 관계

『難經』18難에는 “脈에는 三部九候가 있는데 각각 어떤 부위를 담당합니까?”라는 질문에 “三部란 寸關尺을 말하고 九候란 浮中沈을 말한다.”⁴⁴⁾라고 대답하는 내용이 있다. 이는 『難經』18難의 저자가 『黃帝內經』의 三部九候 이론을 寸口脈에 移入시키려 한 시도로 보아야 한다⁴⁵⁾. 즉 全身의 18군데에서 診脈하던 三部九候脈診을 左右 寸口脈診으로 대체하려는 의도로 보아야 한다. 그런데 현재 三部九候脈診은 사라지고 寸口脈診이 보편적 脈診法으로 활용되고 있으므로 결과적으로 寸口脈診이 三部九候脈診을 성공적으로 대체하게 되었다고 할 수 있다.

脈診法의 적용 범위를 살펴보면, 三部九候脈診은 繆刺法과 巨刺法을 적용할 때 사용하는 脈診法이고, 『繆刺論』篇에 “邪氣가 經을 침범하여 좌측에서 盛하면 우측에서 병이 발생하고 우측에서 盛하면 좌측에서 병이 발생한다. 또 邪氣가 이동해 좌측의 통증이 아직 낫지 않은 상태에서 우측 맥에 먼저 병이 발생하는 경우가 있는데, 이때에는 반드시 巨刺法을 써서 그 經에 刺鍼해야지 絡脈에 刺鍼해서는 안 된다. 絡病이 생기면 그 통증이 경맥과 다른 부위에 있으므로 (이 때 사용하는 鍼法을) 繆刺法이라고 한다.”⁴⁶⁾라고 기술되어 있다. 따라서 三部九候脈診은 外邪의 經絡 침범 상황 진단에 적합한 脈診法으로 볼

38) 나경찬, 박현국. 황제내경의 脈 이론과 診脈法의 변화에 관한 연구. 한의대연구소논문집. 1993. 2(1). pp.85-86.

39) 나경찬, 박현국. 황제내경의 脈 이론과 診脈法의 변화에 관한 연구. 한의대연구소논문집. 1993. 2(1). p.85.

40) 장용우, 임진석. 黃帝內經에 나타난 脈診法에 관한 연구. 대한한의학회지. 1998. 11(2). p.161.

41) 나경찬, 박현국. 황제내경의 脈 이론과 診脈法의 변화에 관한 연구. 한의대연구소논문집. 1993. 2(1). p.92.

42) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.113. “『脈要精微論』 尺內兩傍, 則季脅也, 尺外以候腎, 尺裏以候腹中, 中附上左, 外以候肝, 內以候膈, 右, 外以候胃, 內以候脾. 上附上右, 外以候肺, 內以候胸中, 左, 外以候心, 內以候臍中. 前以候前, 後以候後, 上竟上者, 胸喉中事也, 下竟下者, 少腹腰股膝脛足中事也.”

43) 장용우, 임진석. 黃帝內經에 나타난 脈診法에 관한 연구. 대한한의학회지. 1998. 11(2). p.159.

44) 전국한의과대학 원전학교실 編. 난경. 서울. 법인문화사. 2010. p.54. “脈有三部九候, 各何主之? 然, 三部者, 寸關尺也, 九候者, 浮中沈也”

45) 김태희, 홍원식. 內經의 脈診과 後代醫家說의 비교 연구. 경희한의대논문집. 1987. 10. p.388.

46) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.328. “『繆刺論』 邪客於經, 左盛則右病, 右盛則左病, 亦有移易者, 左痛未已, 而右脈先病, 如此者, 必巨刺之. 必中其經, 非絡脈也. 故絡病者, 其痛與經脈繆處, 故命曰繆刺.”

수 있는데⁴⁷⁾, 寸口脈診이 三部九候脈診을 대체했으므로 결론적으로 寸口脈診은 外邪 진단이라는 적용 범위도 흡수했다고 할 수 있다. 뿐만 아니라 “人迎은 胃脈이다.”⁴⁸⁾라고 『黃帝內經』에 분명히 기록되어 있음에도 불구하고 左寸은 人迎이고 右寸은 氣口라고 재창안한 王叔和의 이론을 거치며 人迎氣口脈診도 흡수하였고⁴⁹⁾, 나아가 氣口를 寸關尺으로 구분한 후 각 부위에 臟腑를 배속해 전신을 관찰하는 六部定位脈診으로까지 발전하였다⁵⁰⁾. 그러므로 寸口脈診은 三部九候脈診의 적용 범위를 포함하고 있을 뿐 아니라 전 질병 영역을 대상으로 하고 있다고 할 수 있다.

6. ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診

지금까지 살펴본 내용을 항목별로 요약해보면, “2. 健側과 患側의 정의” 항목은 “현재 健側과 患側을 구분할 때는 보통 痛症이나 癱痺나 皮膚變色 등의 증상만이 포함될 뿐 脈狀은 포함되어 있지 않다는 문제점이 있고, 따라서 앞으로는 ‘광의의 증상의 健側과 患側 구분’인지, 아니면 ‘협의의 증상의 健側과 患側 구분’인지, 아니면 ‘脈狀의 健側과 患側 구분’인지를 구별할 필요가 있다.”라고 정리할 수 있다.

또 “3. 鍼 치료와 脈診과의 관계” 항목은 “『黃帝內經』에서는 鍼 치료 전의 진단 과정, 鍼 치료 과정, 鍼 치료 후 성과를 확인하는 도구로써 脈診을 매우 중시했다.”라고 정리할 수 있다.

또 “4. 繆刺法과 巨刺法の 적응증” 항목은 “巨刺法은 三部九候脈診에 의한 ‘脈狀의 患側’에 刺鍼하는 鍼法이고, 繆刺法은 ‘협의의 증상의 健側’에 刺鍼하는 鍼法이라고 할 수 있다. 그리고 繆刺法과 巨刺法 적응증의 범위는 각각 絡病과 經病은 물론이고

五臟病까지 포함한, 사실상 전 질병 영역으로 확대해 이해할 수 있다.”라고 정리할 수 있다.

또 “5. 三部九候脈診과 寸口脈診” 항목은 “寸口脈診은 三部九候脈診의 적용 범위를 포함하고 있을 뿐 아니라 전 질병 영역을 대상으로 하고 있다.”라고 정리할 수 있다.

이상의 내용을 ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義에 초점을 맞춰 종합해보면, “巨刺法은 三部九候脈診에 의한 脈狀의 患側에 刺鍼하여 脈狀이 정상화되면 治療를 완료하는 鍼法이다. 그런데 巨刺法の 적응증은 전 질병 영역으로 확대할 수 있고, 또 三部九候脈診은 전 질병 영역을 대상으로 하는 寸口脈診으로 대체되었다. 그러므로 絡病과 經病은 물론이고 五臟病까지 포함한 사실상 전 질병 영역에서 寸口脈診에 의한 脈狀을 기준으로 ‘脈狀의 健側과 患側’을 구분한 후, ‘脈狀의 患側’에 刺鍼하고 그 경과를 살필 수 있다.”라고 요약할 수 있다.

물론 阿是穴을 활용하는 경우처럼 健側 및 患側 取穴의 구분 자체가 필요 없는 경우도 있고, 또 捨脈從證하여 ‘脈狀의 患側’이 아니라 ‘협의의 증상의 患側’에 刺鍼해야 하는 경우도 있을 것이다. 하지만 지금까지 문헌적으로 살펴본 바에 의하면, ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義는 매우 높다고 추론할 수 있으며, 따라서 이에 대한 검증을 위한 실험적 혹은 임상적 후속 연구가 추가적으로 이루어져야 할 필요성도 높다고 생각한다.

III. 結 論

‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼 治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義를 『黃帝內經』을 중심으로 한 문헌에 근거해 살펴본 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 健側과 患側을 구분할 때에는 脈狀이 포함된 ‘광의의 증상의 健側과 患側 구분’인지, 아니면 脈狀이 빠진 ‘협의의 증상의 健側과 患側 구분’인지, 아니면 脈狀만을 健側과 患側 구분의 독립적 기준으로

47) 반선우. 繆刺法과 巨刺法の 실제 運用에 대한 考察. 경의대학교 대학원. 석사학위 논문. 2012. pp.20-21.

48) 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.261. “『病能論』 人迎者胃脈”

49) 나경관, 박영국. 황제내경의 脈 이론과 診脈法の 변화에 관한 연구. 한의대연구소논문집. 1993. 2(1). p.89.

50) 장용우, 임진석. 黃帝內經에 나타난 脈診法에 관한 연구. 대한한의학원전학회지. 1998. 11(2). p.159.

삼는 ‘脈狀의 健側과 患側 구분’인지를 구별할 필요가 있다.

2. 巨刺法은 三部九候脈診에 의한 ‘脈狀의 患側’에 刺鍼하는 鍼法이고, 繆刺法은 ‘협외의 증상의 健側’에 刺鍼하는 鍼法이라고 할 수 있다. 그리고 繆刺法과 巨刺法 적응증의 범위는 각각 絡病과 經病은 물론이고 五臟病까지 포함한, 사실상 전 질병 영역으로 확대하여 이해할 수 있다.

3. 寸口脈診은 三部九候脈診의 적용 범위를 포함하고 있을 뿐 아니라 전 질병 영역을 대상으로 하고 있다.

4. 이상의 문헌적 고찰 결론을 종합하면, ‘脈狀의 患側’ 取穴과 鍼治療 경과 확인 기준으로서의 寸口脈診의 意義는 매우 높다고 추론할 수 있다.

感謝의 말씀

본 연구는 2014년도 부산대학교 병원 임상연구비 지원으로 이루어졌음

參考文獻

<논문>

1. 대구한의사회 편집부. 개원한의사 침구치료의 설문조사. 대구광역시의학회지. 2008. 14호. p.13.
2. 김태희, 홍원식. 內經의 脈診과 後代醫家說의 비교 연구. 경희한의대논문집. 1987. 10. p.377, 388.
3. 나경찬, 박현국. 황제내경의 脈 이론과 診脈法の 변화에 관한 연구. 한의대연구소논문집. 1993. 2(1). p.85, 89, 92. pp.85-86.
4. 반선우. 繆刺法과 巨刺法の 실제 運用에 대한 考察. 경의대학교 대학원. 석사학위 논문. 2012. pp.20-21.
5. 배성철, 신승훈, 김기왕. 황제내경에 나타난 침자 전후의 맥진. 대한한의학회지. 2011. 24(3). p.15.
6. 백유상. 黃帝內經의 繆刺法과 巨刺法에 대한 고찰. 醫林. 2005. 316. p.58.

7. 엄재연, 조남근. 鍼과 電鍼을 이용한 經穴의 左右 효과 비교 연구. 대한한의정보학회지. 2003. 9(2). pp.127-138.
8. 우영민, 남영. 鍼의 巨刺法에 대한 실증적 연구. 대한안이비인후과부과학회. 2000. 13(2). pp.1229-2516.
9. 이인. 中風急性期에 활용되는 巨刺法에 관한 고찰. 한국전통의학지. 2001. 11(1). pp.11-20.
10. 장용우, 임진석. 黃帝內經에 나타난 脈診法에 관한 연구. 대한한의학회지. 1998. 11(2). p.148, 159, 161, 162.
11. 정인기, 강성길, 김창환. 오수혈을 이용한 침법의 비교 고찰. 대한침구학회지. 2001. 18(2). p.191.
12. 정정희. 健側 取穴 多種 鍼刺法이 白鼠의 神經病理性 疼痛에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2007. 24(5). pp.137-150.
13. 池載東. 形氣의 觀點에서 본 繆刺法과 巨刺法 研究. 대구한의대학교 대학원. 박사학위 논문. 2010. p.37. pp.35-36.
14. 胡中平, 洪營東, 王罡. 少議脈診在巨刺如繆刺合理選擇上的重要意義. 光明中醫. 2008. 23(10). p.1470.

<단행본>

1. 전국한의과대학 원전학교실 編. 난경. 서울. 법인문화사. 2010. p.54.
2. 진주표 편주. 임상활용 황제내경독송본. 서울. 법인문화사. 2009. p.5, 113, 135, 136, 260, 261, 327, 328, 498, 499, 500, 533. 541. pp.552-553.
3. 채우석. 동씨기혈집성. 서울. 일증사. 1997. p.6.