대한한의진단학회지 제30권 제1호 (2026년 10월)
The Journal of the Society of Korean Medicine Diagnostics. 2026;30(1):1-15.
[종설 Review Article]

한의학 문헌에서 癭의 병리·진단적 인식과 갑상선의 장상학적 귀속

안정윤[1] ,임동우[2,3]*
[1]다스람 요양병원 · [2]동국대학교 한의과대학 진단학교실 · [3]동국대학교 한의과대학 한의학연구소

Pathological and Diagnostic Conceptions of Ying(癭) and the Zang-Xiang Attribution of the Thyroid in Traditional East Asian Medical Literature

Jung-Yun Ahn[1], Dong-Woo Lim[2,3]*
[1]Dasram Cancer Care Hospital, Sunghyun-ro 28-9, Goyang 10250, Republic of Korea
[2]Department of Diagnostics, College of Korean Medicine, Dongguk University
[3]Institute of Korean Medicine, Dongguk University

Abstract

Objectives : The thyroid is important for metabolism, thermogenesis, growth, and development, but traditional East Asian medicine has no clearly defined independent Zang-Fu organ corresponding to it. This study reviewed historical concepts of the thyroid region and Ying(癭), pathological changes, the classification and diagnostic features of the Five Ying(五癭), and later Zang-Xiang interpretations.

Methods : Classical East Asian medical texts and relevant studies on Ying, Yingliu(癭瘤), the Five Ying, and the thyroid were reviewed. Original texts were examined whenever possible, focusing on location, morphology, etiology, pathology, classification, and diagnostic features.

Results : Early texts associated Ying with water-soil and regional environmental factors and described it as a cervical mass. Pathological explanations expanded from emotional disturbance(情志) and qi constraint(氣結) to stagnation of qi and blood(氣血凝滯), phlegm(痰), and blood stasis(瘀血). Early Five Ying classifications used mixed criteria, whereas the San Yin Ji Yi Bing Zheng Fang Lun(三因極一病證方論) differentiated Shi(石), Rou(肉), Jin(筋), Xue(血), and Qi(氣) Ying using observable features including consistency, mobility, skin color, superficial structures, and emotion-related changes. Inspection and local palpation were central, while history taking provided complementary information. Later interpretations linked Five Ying phenotypes with the Five Zang(五臟) and Five Body tissues(五體), and modern theories proposed multi-organ and Extraordinary Fu organ(奇恒之腑) models.

Conclusions : Traditional recognition of the thyroid region developed primarily through observations of Ying as pathological cervical lesions rather than through a physiological concept of the normal thyroid. Ying should not be equated with specific modern thyroid diseases, and contemporary Zang-Xiang interpretations should be distinguished from classical descriptions.

Keywords : Thyroid gland, Ying disease(癭), Five Ying(五癭), Zang-Xiang(藏象), Diagnosis

* 교신저자 : Dong-Woo Lim. Department of Diagnostics, College of Korean Medicine, Dongguk University, Dongguk-Ro 32, Goyang 10326, Republic of Korea,
Tel: +82-31-961-5833, Fax: +82-31-961-5835. E-mail :greatwoodong@dongguk.edu
· 원고접수일 : 2026.09.08 / 심사완료일 : 2026.09.15 / 게재결정일 : 2026.09.21

Ⅰ. 서론

갑상선(thyroid gland)은 전경부에 위치하는 대표적인 내분비기관으로, thyroxine(T4)과 triiodothyronine(T3)을 합성·분비하여 전신의 에너지 대사와 열생성, 성장과 발달 및 심혈관계와 신경계의 기능을 조절한다[1]. 갑상선호르몬의 생성과 분비는 시상하부-뇌하수체-갑상선축(hypothalamic-pituitary-thyroid axis)을 통해 조절되며, 시상하부의 thyrotropin-releasing hormone(TRH), 뇌하수체의 thyroid-stimulating hormone(TSH), 그리고 순환 갑상선호르몬 사이의 음성되먹임 기전에 의해 비교적 일정한 혈중 농도가 유지된다[2]. 갑상선호르몬은 거의 전신 조직에 작용하므로 그 기능의 이상은 단순한 국소 질환을 넘어 다양한 생리기능에 영향을 미친다[1.2].

갑상선 질환은 국내에서도 임상적 중요도가 높은 질환군이다. 국민건강보험 자료를 이용하여 5천만 명 이상의 국내 인구를 분석한 연구에서 2015년 기준 갑상선결절, 갑상선호르몬을 투여받는 갑상선기능저하증 및 치료 중인 갑상선기능항진증의 유병률은 각각 인구 1,000명당 15.82명, 15.94명 및 2.76명으로 보고되었으며, 세 질환 모두 여성에서 더 높은 유병률을 보였다[3]. 또한 국민건강영양조사 자료에서는 현성 및 불현성 갑상선기능저하증의 유병률이 각각 0.73%와 3.10%, 현성 및 불현성 갑상선기능항진증의 유병률이 각각 0.54%와 2.98%로 보고되어, 임상적으로 명확한 기능이상뿐 아니라 불현성 갑상선기능 이상 역시 적지 않음을 보여준다[4]. 이처럼 갑상선 질환은 기능항진과 기능저하뿐 아니라 결절, 갑상선종, 자가면역성 갑상선염 및 종양성 질환 등 구조적·기능적으로 다양한 질환을 포함하므로, 갑상선의 정상 생리와 병리에 대한 체계적인 이해가 임상적으로 중요하다[3,4].

한편 동아시아 전통의학의 고전문헌에는 갑상선이라는 해부학적 명칭은 존재하지 않지만, 癭에 관한 기록은 매우 이른 시기부터 확인된다[5]. 기존 문헌고찰에서는 고대 중국 문헌에 경부 종대의 형태, 水土 및 지역적 환경과의 관련성, 情志와 氣의 이상, 그리고 후대의 氣滯·痰凝·血瘀 등의 병리적 설명이 확인됨을 보고하였다[6-8]. 특히 癭은 단순한 병명에 그치지 않고 시대에 따라 병변의 위치와 형태, 경도와 가동성, 피부와 혈맥의 변화 및 정서에 따른 크기의 변화 등 다양한 임상적 특징에 근거하여 세분화되었다[9,10]. 이는 전통의학에서 갑상선 자체에 대한 정상 생리학적 개념은 명확하지 않았더라도, 갑상선 영역에 발생하는 병적 현상에 대한 관찰과 진단적 인식은 상당한 기간에 걸쳐 축적되었을 가능성을 시사한다.

그러나 전통 한의학의 장상(藏象) 체계에서 현대 해부학적 의미의 갑상선에 직접 대응되는 독립적인 장부 개념은 확립되어 있지 않다. 五臟六腑를 중심으로 구성된 전통 장상론에서는 갑상선이라는 정상 장기의 형태와 생리기능을 독립적으로 서술한 체계를 찾기 어렵고, 갑상선이 위치하는 경부 영역은 주로 頸前 또는 喉 주변에 발생하는 종대와 종괴인 癭 또는 癭瘤와 같은 병적 현상을 통하여 기술되어 왔다[6,7]. 실제 국내 한의과대학의 표준 교재인 『신계내과학』 제3판에서도 病證篇에 癭瘤가 하나의 독립된 병증으로 수록되어 있으며, 현대의 갑상선 및 내분비질환은 한의 질병체계가 아닌 별도의 증상 및 질병 체계에서 다루어진다[11]. 이러한 편제는 전통적인 癭瘤의 병증 개념과 현대 갑상선 질환의 해부·생리학적 개념이 현재의 한의학 교육에서도 서로 다른 이론적 체계로 병존하고 있음을 보여준다.

국내의 갑상선 관련 한의학 연구 역시 이러한 이론적 간극을 충분히 해소하지 못하고 있다. 2000년 이후 국내 갑상선기능저하증 관련 실험연구를 분석한 체계적 고찰에서는 20편의 실험

연구 대부분이 PTU 유발 갑상선기능저하 동물모델에서 개별 한약재 또는 복합처방의 효과를 평가한 연구였다[12]. 또한 현성 및 불현성 갑상선기능저하증에 대한 국내 한의학 임상연구를 고찰한 연구에서는 최종 선정된 9편 가운데 증례보고가 6편, 대조임상시험이 2편, 무작위대조시험이 1편에 불과하여 국내 임상근거의 양과 연구설계가 제한적임을 지적하였다[13]. 국내에서도 남태선 등이 癭病에 대한 문헌적 고찰을 수행한 바 있으나[5], 이후 국내 갑상선 관련 한의학 연구는 특정 질환의 치료효과를 검토한 임상·실험연구에 상대적으로 집중되어 왔다[12,13]. 특히 癭의 진단학적 특징과 현대 갑상선의 장상학적 해석을 함께 검토한 연구는 제한적이었다.

이에 본 연구에서는 개별 갑상선 질환의 한의치료 효과나 처방을 중심으로 고찰하기에 앞서 한의 고전에서 갑상선에 해당하는 경부 영역과 癭을 어떠한 방식으로 인식하고 설명하였는지를 문헌적으로 고찰하고자 하였다. 구체적으로 癭에 대한 해부학적·공간적 인식과 병인·병리 개념의 시대적 변화, 五癭 분류의 형성과 진단학적 특징, 그리고 癭과 五臟 및 장상론의 관계를 검토하였다. 또한 전통 장상체계에서 독립적인 위치를 갖지 않았던 갑상선을 현대 한의학에서 어떻게 해석해 왔는지를 함께 살펴봄으로써, 향후 갑상선의 한의학적 생리와 병리를 체계화하기 위한 기초적인 이론적 틀을 제시하고자 하였다. 국내에서는 남태선 등이《呂氏春秋》부터《類證治裁》에 이르는 역대 문헌을 통시적으로 정리하여 癭病의 병인이 水土와 七情에서 氣結·痰滯로, 근래에는 腎陰不足으로 확장되어 왔음을 밝혔다. 다만 해당 연구는 氣癭을 갑상선기능항진증과 대응시키고 그에 따른 治法의 변천을 함께 다루는 데 초점을 두었다[5]. 중국에서 이루어진 癭病의 고전문헌 연구 역시 병인·병기와 치법의 정리를 중심으로 하였다[6,8]. 이에 본 연구에서는 기존 연구와 달리 첫째, 五癭의 감별기준을 望·聞·問·切의 진단체계와 현대적 신체진찰의 관점에서 재검토하고, 둘째, 癭이라는 병적 현상의 역사와 현대 갑상선의 장상학적 귀속 문제를 구분하면서도 연속된 논의 속에서 고찰하고자 하였다. 또한《東醫寶鑑》을 통하여 이러한 癭의 분류와 진단개념이 조선 의학에 수용된 양상을 함께 살펴보았다.

본 연구는 갑상선 및 癭의 한의학적 생리·병리와 진단 개념을 고찰하기 위하여 동아시아 전통의학 고전문헌과 관련 국내외 학술문헌을 검토하였다. 학술문헌은 KCI, CNKI 및 PubMed에서 癭, 癭病, 癭瘤, 五癭, 甲狀腺, 藏象, 奇恒之腑 등을 주요 검색어로 확인하였으며, 이들 문헌에서 반복적으로 인용되는 고전문헌을 추가로 추적하였다. 고전문헌은 中國哲學書電子化計劃(ctext.org), 維基文庫(zh.wikisource.org) 및 한의학고전DB(mediclassics.kr) 등의 전자원문을 통해 확인하였다. 종이 판본을 직접 열람한 문헌은 참고문헌에 해당 판본과 면수를 기재하였고, 전자 원문으로 확인한 문헌은 데이터베이스명과 접속일을 기재하였다. 이 가운데 癭의 위치와 형태, 병인·병리, 분류와 진단적 특징 또는 갑상선의 장상학적 해석을 구체적으로 기술한 문헌을 중심으로 고찰하였으며, 개별 처방이나 치료효과만을 다룬 내용은 본 연구의 주요 범위에서 제외하였다.

Ⅱ. 본론

1. 고전문헌에서의 갑상선 영역과 癭의 공간적 인식

본 연구에서 검토한 고전문헌에서는 현대 해부학에서 정의하는 갑상선(thyroid gland)을 정상 상태에서 독립된 장기로 인식하거나, 이를 五臟六腑 가운데 하나에 직접 귀속하여 생리기

능을 설명한 기록은 확인하기 어려웠다. 반면 갑상선이 위치하는 경부에 발생하는 비정상적인 종대와 종괴는 비교적 이른 시기부터 癭이라는 독립적인 병적 현상으로 인식되었다[6-8]. 기존의 고전문헌 연구에서도 癭은 전통의학에서 경부 종대를 지칭하는 대표적인 병증으로 다루어졌으며, 시대가 지나면서 그 위치, 발생환경, 형태 및 병인에 관한 기술이 점차 구체화된 것으로 정리되고 있다. 따라서 전통의학에서 갑상선 영역에 대한 인식은 정상 장기의 해부·생리를 먼저 규정한 후 그 질환을 설명하는 방식이라기보다, 외부에서 관찰할 수 있는 경부의 병적 종대를 통하여 해당 영역을 인식하는 방향으로 형성되었다고 볼 수 있다(표 1.).

표 1. Ying(癭) in Classical East Asian Medical Texts: Nomenclature, Cervical Localization, and Pathological Concepts

시대	문헌	저자/성립 시기	관련 원문 (대표 문장)	주요 인식	본 연구에서의 의미
戰國 후기	《呂氏春秋·盡數》[18]	呂不韋 편, 약 BC 239	“輕水所多禿與癭人”	특정 수질과 癭의 집단 발생을 연결	癭을 개인의 병리뿐 아니라 수질·환경과 관련된 지역성 질환으로 관찰한 초기 기록
後漢	《說文解字》[14]	許愼, 약 AD 100	“癭，頸瘤也”	癭을 頸部의 瘤로 정의	癭의 핵심이 처음부터 경부 종괴라는 형태·위치에 있었음을 보여줌
後漢	《釋名·釋疾病》[15]	劉熙, 2세기경	“癭，嬰也，在頸嬰喉也”	頸과 喉를 둘러싼 병변으로 설명	갑상선 자체가 아니라 전경부·후두 주변의 공간적 질병 인식을 보여줌
南北朝	《小品方》(《外臺秘要方》 인용)[17]	陳延之, 5세기 후반	“其癭病喜當頸下，當中央不偏兩邊也”	癭의 위치를 頸下 중앙으로 특정	현대 갑상선 위치와 공간적으로 중첩되는 구체적인 표면해부학적 관찰.
隋	《諸病源候論·癭候》및 卷五十「小兒雜病諸候·氣癭候」[9]	巢元方, AD 610	“癭者，由憂恚氣結所生” / “氣癭之狀，頸下皮寬，內結突起，脗脗然亦漸長大”	情志·氣結과 水土 관련 병인을 제시하고, 개별 氣癭의 형태와 경과를 구체적으로 기술	癭의 병인을 情志·氣와 水土라는 두 축으로 분류되고, 血癭·息肉癭·氣癭의 세 유형도 제시 개별 癭의 위치·형태·시간적 변화가 관찰되었음
唐	《備急千金要方·癭瘤》[19]	孫思邈, 7세기	“治石癭、氣癭、勞癭、土癭、憂癭等方”	五癭 명칭의 초기 형태	명칭상 형태·상태·환경·情志 등을 시사하는 서로 다른 요소가 혼재한 초기 五癭 분류

北宋	《聖濟總錄·癭瘤門》[20]	1111-1117	“石與泥則因山水飮食而得之，憂勞氣則本於七情”	五癭을 환경성과 情志성으로 구분	五癭이 병인학적 분류 체계로 명료해짐. 동시에 초기 증상으로 咽喉噎塞·頸項漸粗 등 진행 과정도 기술
南宋	《三因極一病證方論·癭瘤證治》[10]	陳言, AD 1174	“夫血氣凝滯結癭瘤” / “堅硬不可移者名曰石癭”	氣血凝滯를 병리로 제시하고 石·肉·筋·血·氣의 五癭으로 재분류	병인 중심에서 경도·가동성·색·혈맥·시간적 변화라는 임상 표현형 중심 분류로 전환
朝鮮	《東醫寶鑑·癭瘤》[21]	許浚, 1610 완성/1613 간행	“人身氣血凝滯，結爲癭瘤”	《三因》의 五癭 체계를 계승	五癭의 진찰·병리 체계가 조선 의학에 명시적으로 계승되었다는 국내적 중요성
明	《外科正宗·癭瘤論》[22]	陳實功, 1617	“乃五臟瘀血、濁氣、痰滯而成”	癭瘤를 五臟·瘀血·濁氣·痰滯와 연결	후대에 익숙한 氣·痰·瘀 복합병리 및 五臟 이론화가 나타나는 단계
清	《醫宗金鑑·外科心法要訣》[16]	吳謙 등, 1742	“五癭屬陽六瘤陰”	五癭의 임상 형태를 정리하고 五臟에 각각 귀속	五癭의 표현형을 肝·心·脾·肺·腎의 장상체계로 통합

癭의 명칭 자체에는 경부라는 해부학적 위치가 명확하게 포함되어 있었다. 後漢의 《說文解字》에서는 癭을 “頸癕也(癕는 瘤의 本字)”라고 정의하여, 癭의 가장 기본적인 의미를 목에 발생하는 종괴로 규정하였다[14]. 또한 《釋名·釋疾病》에서는 “癭，嬰也，在頸嬰喉也”라 하여 癭이 頸에서 喉를 둘러싸듯 존재하는 병변임을 설명하였다[15]. 이러한 명명의 유래는 후대 의서에서도 유지되어, 《醫宗金鑑·外科心法要訣》은 "癭者，如纓絡之狀； 瘤者，隨氣留住，故有是名也"라 하여 癭을 纓絡에, 瘤를 留에 결부시켜 두 병명의 어원을 함께 제시하였다[16]. 이러한 기술은 고전 의가들이 갑상선이라는 정상 해부학적 기관을 별도로 명명하지는 않았으나, 癭이 발생하는 병변의 위치를 頸과 喉를 중심으로 공간적으로 인식하고 있었음을 보여준다. 특히 이는 癭이 다른 신체부위에 발생하는 일반적인 瘤와 완전히 동일한 개념이라기보다 경부라는 특정 해부학적 영역과 밀접한 관련성을 가진 병증으로 인식되었음을 시사한다.

이러한 공간적 인식은 이후 문헌에서 더욱 구체화된다. 현재 전하는 《小品方》의 癭 관련 내용은 唐代 王燾의 《外臺秘要方》 등에 인용된 형태로 확인되는데, 여기에서는 “其癭病喜當頸下，當中央不偏兩邊也”라 하여 癭이 주로 頸下 중앙에 발생한다고 기술하였다[17]. 또한 飮沙水와 관련된 癭에 대해서는 “有核纍纍耳，無根浮動在皮中”이라 하여, 핵이 있으면서도 고정되지 않고 피부 안에서 움직이는 형태적 특징을 기록하였다[17]. 이러한 기술은 癭의 진단이 단순한 병명 부여에 그치지 않고 병변의 위치와 형태, 가동성 등 구체적인 국소 임상소견에 대한 관찰에 기반하였음을 보여준다.

隋代의 《諸病源候論·癭候》에서는 앞선 癭의 위치와 형태에 대한 인식을 집약하였다[9]. 이 문헌에서는 癭이 頸下에 형성되는 것으로 기술하였으며, 처음 발생할 때 頸下에 위치하고 피

부가 느슨하게 늘어지는 형태를 기록하였다[9]. 또한 같은 문헌의 卷五十「小兒雜病諸候·氣癭候」에서는 “氣癭之狀，頸下皮寬，內結突起，腿腿然亦漸長大，氣結所成也”라고 하여, 소아 氣癭의 위치와 돌출된 외형 및 점차 커지는 경과를 구체적으로 기술하였다[9].

이와 같은 고전 기록을 종합하면, 癭에 대한 초기 인식은 대체로 세 가지 특징으로 정리할 수 있다. 첫째, 癭은 다른 부위의 종괴와 달리 頸, 喉 및 頸下를 중심으로 발생하는 경부 병변으로 인식되었다. 둘째, 水土와 거주환경에 따른 발생 차이가 비교적 이른 시기부터 관찰되었다. 셋째, 후대로 갈수록 단순한 종대의 존재뿐 아니라 병변의 위치, 핵의 유무, 가동성 및 경과 등 구체적인 임상정보가 기술되었다(표 1.). 이러한 특징은 고전의 癭 기록이 현대의 갑상선종 및 갑상선 기원의 경부 종괴와 공간적, 형태적으로 중첩되는 부분이 있음을 보여준다[7].

2. 癭의 병인·병리 개념의 변화

癭의 병인과 병리에 대한 설명은 초기의 지역·환경적 관찰과 情志에 따른 氣의 이상에서 시작하여, 후대로 갈수록 氣血凝滯, 痰, 瘀 및 五臟의 병리와 결합하는 방향으로 확대되었다(표 1.). 다만 이러한 변화가 하나의 단일한 병리이론이 시대에 따라 직선적으로 발전한 것으로 보기보다는, 기존의 경험적 관찰에 각 시대의 의학이론이 추가되면서 癭을 설명하는 병리적 범위가 점차 확장된 것으로 이해하는 것이 적절하다.

초기의 기록에서는 水土와 지역적 환경이 癭의 발생과 관련된 중요한 요인으로 관찰되었다. 《呂氏春秋·盡數》에서는 “輕水所多禿與癭人”이라 하여 특정 수질과 癭의 다발을 연관하였으며[18], 이후의 여러 문헌에서도 山水, 飮水 및 거주환경에 따른 癭의 발생 차이가 반복적으로 언급되었다[9,19,20]. 이는 현대적 의미의 병인기전이 규명된 것은 아니지만, 癭의 발생이 개인 내부의 요인만이 아니라 외부 환경과도 관련될 수 있다는 경험적 인식이 비교적 이른 시기부터 존재하였음을 보여준다.

환경적 요인과 함께 情志와 氣의 이상은 癭 병리의 또 다른 중요한 축을 형성하였다. 隋代 《諸病源候論·癭候》에서는 “癭者由憂恚氣結所生”이라 하여 憂恚와 氣結을 직접적으로 연결하였다[9]. 이후 《聖濟總錄》에서는 “情之所至，氣則隨之，或上而不下，或結而不散”이라 설명하여, 情志의 변화가 氣機의 이상을 유발하고 氣가 한곳에 結하여 흩어지지 않는 과정이 癭의 형성과 관련된다고 보았다[20]. 이는 초기의 단순한 情志-氣結의 연결이 보다 구체적인 氣機病理로 변화한 것으로 볼 수 있다.

南宋의 《三因極一病證方論》에서는 癭瘤의 병리적 기반을 “血氣凝滯”로 표현하였다[10]. 이는 癭의 형성을 氣의 結滯만으로 설명하던 단계에서 氣와 血이 함께 凝滯하는 병리로 확대하여 이해한 것이다. 이러한 氣血 중심의 병리론은 조선의 《東醫寶鑑》에도 계승되어 “人身氣血凝滯，結爲癭瘤”라고 정리되었다[21]. 또한 癭瘤가 장기간에 걸쳐 점차 커지는 것으로 기술된 점은 癭을 일시적인 氣의 변화가 아니라 지속적인 병리적 積聚로 인식하게 되었음을 보여준다[10].

明代 이후에는 癭瘤의 병리에 痰과 瘀가 보다 명시적으로 포함되었다. 《外科正宗·癭瘤論》에서는 “乃五臟瘀血、濁氣、痰滯而成”이라 하여 瘀血, 濁氣 및 痰滯를 癭瘤 형성의 주요 병리요소로 제시하였다[22]. 이에 따라 초기의 水土 및 情志에 대한 경험적 관찰은 氣結과 氣機의

이상, 氣血凝滯를 거쳐 痰·瘀 및 五臟의 병리를 포함하는 복합적인 설명으로 확대되었다.

종합하면 고전문헌에서 癭의 병리적 설명은 水土·환경 → 情志·氣結 → 氣機結滯 → 氣血凝滯 → 痰·瘀 및 五臟 병리의 요소가 순차적으로 제시되는 양상을 보였다. 특히 초기에는 癭을 특정 五臟 하나의 질환으로 설명하기보다 환경과 氣의 문제를 중심으로 이해하였으며, 五臟과의 관계는 후대에 기존 병리와 五體·장상 이론이 결합하면서 보다 구체적으로 제시되었다. 따라서 오늘날 사용되는 정형화된 癭病 병리모델은 특정 고전 한 시기에 완성된 이론이라기보다 여러 시대에 형성된 병리 개념이 후대에 종합된 결과로 이해하는 것이 적절하다.

3. 五癭의 분류와 진단학적 특성

癭에 대한 분류는 시대에 따라 그 구성과 기준이 변화하였다. 초기 문헌에서도 개별 癭의 형태와 경과에 대한 관찰이 확인되며, 이후 五癭이라는 분류틀이 형성되었다. 南宋《三因極一病證方論》에서는 이러한 관찰 가능한 임상소견이 五癭 각 유형을 구분하는 명시적인 감별기준으로 정리되었다(표 2.).

표 2. Shifts in the Classificatory Principles of Ying(癭) and Associated Diagnostic Observations

분류원리	출전	분류	주요분류기준	관련 진찰 정보	병리·진단학적 의미
五癭 이전 분류	《諸病源候論·癭候》 및 卷五十「小兒雜病諸候·氣癭候」, 610 [9]	血癭, 息肉癭, 氣癭	병변의 형태·성상 및 병인 복수 유형을 제시하고, 氣癭에서는 頸下의 위치·돌출된 외형·점진적 증대 등을 기술	望診·국소 切診 및 병력·경과 관찰	정형화된 五癭 이전에도 癭을 이질적인 병변군으로 인식하고 개별 유형의 형태와 시간적 변화를 관찰한 단계
초기 五癭 분류	《備急千金要方· 卷二十四癭瘤第七》, 唐代 [19]	石癭, 氣癭, 勞癭, 土癭, 憂癭	형태·상태·환경·情志 등 서로 다른 요소가 혼재함. 五癭의 명칭을 열거하고 각 유형의 구체적 정의는 제시하지 않음	五癭 각 유형을 구분하는 명시적인 진찰·감별 기준은 제시되어 있지 않음	五癭이라는 분류 틀은 성립했으나 아직 단일한 진단기준에 의해 구성되지는 않음
병인 중심 五癭 분류	《聖濟總錄·癭瘤門 ·五癭》, 1111–1117 [20]	石癭, 泥癭, 勞癭, 憂癭, 氣癭	환경/음식 요인 대 七情의 두 축. 石·泥는 山水飮食, 憂·勞·氣는 七情에서 비롯된다고 구분	問診 중심: 거주환경, 飮水·飮食, 情志 / 望·問: 頸項漸粗, 咽喉噎塞 등 경과	五癭을 병인학적 분류체계로 정리. 환경성 癭과 情志·氣機성 癭의 두 축이 명확해짐
임상표현형 중심 五癭 분류	《三因極一病證方論·癭瘤證治》, 1174 [10]	石癭, 肉癭, 筋癭, 血癭, 氣癭	국소 임상표현형 경도·가동성·피부색·표면 구조와 혈맥·정서에 따른 변화를	望·問·切 중심	분류원리가 국소 임상표현형으로 이동한 단계

			이용하여 감별		
조선 의학으로 전승	《東醫寶鑑·癥瘕》, 1610/1613[21]	石癥, 肉癥, 筋癥, 血癥, 氣癥	《三因》의 표현형 분류 계승하여 五癥의 주요 국소 소견을 인용	望·問·切 중심	중국 송대의 五癥 진단체계가 조선의 대표 의서에 편입됨. 국내 한의학 전승의 중요한 근거
장상론과 결합된 분류	《醫宗金鑑·外科心法要訣》, 1742[16]	石癥, 肉癥, 筋癥, 血癥, 氣癥	임상표현형에 五臟·五體 이론을 결합 기존 五癥 소견에 肝-筋(筋癥), 心-血(血癥), 脾-肉(肉癥), 肺-氣(氣癥), 腎-骨(石癥)의 병리관계를 추가	望·問·切 + 이론적 변증	기존의 신체진찰 기반 분류를 藏象 병리체계로 재해석한 후기 단계

五癥 체계가 성립하기 이전에도 癥을 단일한 질환으로만 인식하지는 않았다. 隋代《諸病源候論·癥候》에서는 “有三種癥”이라 하여 血癥, 息肉癥, 氣癥의 세 유형을 제시하였다[9]. 또한 卷五十「小兒雜病諸候·氣癥候」에서는 소아 氣癥의 위치와 돌출된 외형 및 점차 커지는 경과를 구체적으로 기술하였다. 이는 아직 정형화된 五癥 체계에는 이르지 않았으나, 개별 癥의 형태와 시간적 변화에 대한 구체적인 관찰과 함께 癥을 이질적인 경부 병변군으로 인식하고 있었음을 보여준다.

唐代《備急千金要方》에서는 石癥, 氣癥, 勞癥, 土癥, 憂癥의 五癥이 제시되었다[19]. 이들 명칭에는 형태·상태·환경·情志 등을 시사하는 서로 다른 요소가 혼재하지만, 원문에서는 각 유형의 구체적인 정의나 명시적인 진찰·감별기준을 제시하지 않는다. 따라서 이 단계에서는 五癥이라는 형식적 분류틀은 확인되지만, 아직 하나의 일관된 진단기준에 의해 구성된 체계로 보기는 어렵다. 北宋의《聖濟總錄》에서는 石癥과 泥癥[2]을 山水·飮食, 憂癥·勞癥·氣癥을 七情과 관련시켜 五癥을 보다 명확한 병인학적 기준으로 구분하였다[20]. 즉《備急千金要方》에서 확인되는 형식적 五癥 분류틀은《聖濟總錄》에서 보다 명시적인 병인학적 분류체계로 정리되었다.

관찰 가능한 임상소견이 五癥 전체를 구분하는 명시적인 감별기준으로 정리되는 것은 南宋《三因極一病證方論》에서이다. 이 문헌에서는 石癥, 肉癥, 筋癥, 血癥, 氣癥을 각각 “堅硬不可移”, “皮色不變”, “筋脈露結”, “赤脈交絡”, “隨憂愁消長”으로 구분하였다[10]. 이는 병변의 경도와 가동성, 피부색, 표면 구조와 혈맥, 시간적·정서적 변동성과 같이 실제로 관찰하거나 확인할 수 있는 임상적 특성을 감별기준으로 사용한 것이다(표 3.). 따라서 이 단계에서 五癥의 분류는 병인의 추정에서 국소 임상표현형을 중심으로 한 분류로 성격이 변화한 것으로 볼 수 있다.

2) 나머지 4개의 癥의 서술은 동일하므로,《聖濟總錄》에서 土癥이 泥癥으로 교체된 것으로 추정됨

표 3. Diagnostic Characteristics of the Five Ying(五癭) in the Sanyin Jiyi Bingzheng Fanglun (《三因極一病證方論》)

五癭	고전원문	주요 관찰소견	진찰 방식	현대적 진찰 용어*	병리·진단학적 해석
石癭	堅硬不可移	단단함, 밀어도 움직이지 않음	切診 – 국소 촉진	경도 및 고정성·가동성	단단하고 가동성이 낮은 경부 종괴의 표현형
肉癭	皮色不變	종괴 상부의 피부색 변화 없음	望診	종괴 상부 피부의 외관	종괴 상부 피부색의 뚜렷한 변화가 없는 표현형
筋癭	筋脈露結	筋脈이 표면에 드러나거나 맺혀 보임	望診	표면에 드러나는 筋脈의 형태	筋脈이 표면에 두드러져 보이는 경부 종괴의 표현형
血癭	赤脈交絡	붉은 혈맥이 교차하거나 얽혀 보임	望診	표면에 드러나는 붉은 혈맥의 외관	표면의 붉은 혈맥이 두드러져 보이는 경부 종괴의 표현형
氣癭	隨憂愁消長	정서 상태에 따라 병변 또는 증상이 변화	問診 및 경과 望診	시간적 변동성 및 정서 연관성	정적인 형태보다 시간적·정서적 변동성을 분류기준으로 활용한 표현형

주: 현대적 진찰 용어는 고전문헌에 기술된 관찰소견을 현재의 신체진찰 용어로 설명하기 위한 것으로, 현대의 특정 갑상선질환 또는 진단명과의 직접적인 대응을 의미하지 않음. 본 원고의 四診 대응은 원전의 분류가 아니라 저자의 재구성임을 밝힘

특히 石癭의 “堅硬不可移”는 병변의 단단함과 가동성을 확인하는 국소 切診에, 肉癭의 “皮色不變”과 血癭의 “赤脈交絡”은 병변 상부의 피부와 혈맥을 관찰하는 望診에 해당한다. 특히 肉癭의 皮色不變은 배제진단의 범주에 가까우며, 이로서 癭病에 대해서 단순화된 유형 목록이 아닌, 구조화된 진단 체계가 있을 가능성을 제시한다. 筋癭의 “筋脈露結” 역시 표면 구조의 이상을 관찰하는 望診을 중심으로 하며, 필요에 따라 국소 촉진이 함께 이루어졌을 가능성이 있다. 반면 氣癭의 “隨憂愁消長”은 정서상태와 병변 변화의 관계를 확인하는 問診과 시간에 따른 望診의 성격을 함께 가진다(표 3.)[10].

이러한 진찰체계는 《東醫寶鑑·雜病篇》 卷之八 「癭瘤」에도 수용되었다. 《東醫寶鑑》은 해당 문단의 출전을 《三因》으로 명시하고 石癭·肉癭·筋癭·血癭·氣癭의 五癭 분류와 주요 국소 감별 소견을 수록하였다[21]. 이는 宋代에 기술된 五癭의 표현형 중심 분류가 조선의 대표 의서에 명시적으로 편입되었음을 보여준다. 한편 주요 癭 관련 고전에서 五癭을 구분하기 위한 독립적인 聞診 소견이나 특이적 촌구맥 기준은 상대적으로 뚜렷하지 않다. 따라서 五癭의 감별은 四診 가운데 특히 望診과 국소 切診을 중심으로 이루어졌으며, 問診이 병변의 발생배경과 시간적·정서적 변화를 보완한 것으로 해석할 수 있다.

종합하면 癭의 분류는 초기의 복수 유형 인식에서 五癭이라는 형식적 분류틀로 진행하였고, 이후 병인 중심의 분류를 거쳐 관찰 가능한 국소 임상표현형 중심의 분류로 변화하였다. 이는 고전의 癭 진단이 추상적인 병리적 추론에만 의존한 것이 아니라 경부 병변에 대한 시진, 촉

진 및 병력청취에 상당 부분 기반하였음을 보여준다. 다만 각 五癭을 현대의 특정 갑상선질환과 직접 대응시키기보다는, 당시 관찰된 다양한 경부 병변을 서로 다른 임상표현형에 따라 구분한 역사적 진단체계로 이해하는 것이 적절하다.

4. 갑상선의 장상학적 해석

전통 장상학설에서 갑상선은 독립된 장부로 분류되지 않았다. 《黃帝內經·素問·五藏別論》에서는 五臟과 일반적인 六腑 외에 腦, 髓, 骨, 脈, 膽, 女子胞를 "奇恒之府"로 별도 분류하였으나, 갑상선에 해당하는 독립 기관은 제시되어 있지 않다[23]. 앞서 살펴본 고전문헌에서도 갑상선이 위치하는 경부와 喉 주변의 병적 종대인 癭에 관한 기록은 풍부하게 확인되지만, 정상 상태의 갑상선을 특정 五臟 또는 腑에 귀속하여 그 생리기능을 설명한 기록은 확인하기 어렵다. 따라서 고전 장상론에서 갑상선과 그 역할을 특정 장부로 직접 규정하기보다는, 갑상선 영역의 병적 현상이 氣血, 痰瘀 및 五臟의 기능 이상을 통해 해석되었다고 보는 것이 적절하다.

후대에는 癭의 임상표현형과 병리가 五臟·五體 관계와 결합하였는데 장상론적 해석이 보다 구체화되었다. 《醫宗金鑑·外科心法要訣》에서는 五臟-五體 관계를 바탕으로 癭과 瘤를 함께 배속하여, 肝에는 筋癭·筋瘤, 心에는 血癭·血瘤, 脾에는 肉癭·肉瘤, 肺에는 氣癭·氣瘤, 腎에는 石癭·骨瘤를 연결하였다[16]. 이러한 분류는 갑상선이라는 장기 자체의 정상 생리를 각각의 五臟에 대응시킨 것이라기보다, 筋·血·肉·氣·骨이라는 신체 구성요소와 五臟의 관계를 바탕으로 기존의 癭과 瘤의 임상표현형을 장상론의 틀에서 재해석한 후기적 이론화로 이해하는 것이 적절하다. 또한 명칭의 글자가 그대로 五體•五氣에 대응하지 않는 石癭•骨瘤의 사례는 표현형 분류와 장상론적 배속이 완전히 정합하지 않았음을 보여주는 사례이다. 따라서 이를 근거로 "갑상선은 肝 또는 腎에 속한다"고 직접 해석하기는 어려우며, 癭을 포함한 경부 병변의 형태와 성상을 五臟·五體 관계를 통해 설명한 것으로 보는 것이 타당하다.

현대에 와서는 갑상선의 해부·생리기능이 명확해지면서 이를 기존 장상학설 안에서 새롭게 설명하려는 시도가 이루어졌다. 갑상선호르몬은 전신에서 생리 기능을 광범위하게 조절하기 때문에 하나의 五臟 기능만으로 그 역할을 포괄하기 어렵다[1]. 현대 중의학에서는 갑상선질환의 발생과 치료를 肝·脾·腎 등 여러 장부의 기능과 연계하여 해석해 왔으며, 특히 脾의 運化를 중심으로 갑상선질환을 논한 연구도 보고되었다[24]. 이와 별도로 林蘭은 갑상선 자체의 기능을 "助肝疏泄, 助腎生陽"으로 해석하는 장상학적 학설을 제시하였다[25,26]. 이러한 해석에서 肝은 情志와 氣機의 조절, 腎은 陽氣의 근원이라는 전통적 기능을 통하여 각각 갑상선의 생리적 효과와 부분적으로 대응되며[25,26] 국내에서도 박종효와 한양희는 腎과 갑상선의 관련성을 문헌적으로 고찰한 바 있다[27]. 따라서 이하의 肝·脾·腎 기능론 및 奇恒之腑 학설은 고전문헌에 직접 기재된 갑상선 장상론이 아니라 현대 연구자들이 제안한 이론적 재구성으로 구분하였다.

특히 林蘭의 학술사상을 정리한 任志雄 등의 보고에서는, 林蘭이 장기간의 갑상선질환 임상경험을 바탕으로 갑상선을 奇恒之腑로 보고 "助肝疏泄, 助腎生陽"의 기능을 가진다고 해석한 것으로 소개하였다[25,26]. 이 견해에서는 갑상선의 기능항진과 기능저하에서 나타나는 정서·寒熱 및 부종 관련 증상을 肝의 疏泄과 腎陽의 盛衰에 연결하여 해석하였다. 특히 갑상선기능저하증에서 나타나는 정서, 寒熱, 부종 및 무력 관련 증상은 脾腎陽虛 또는 腎陽不足과 관

련하여 해석되어 왔으며, 이러한 임상적 연관성이 “助腎生陽”이라는 갑상선 기능론의 주요 근거가 되었다[25,26].

한편 갑상선 기능을 心·腎과 연결한 별도의 현대적 학설도 제시되었다. 刘晓歌와 王旭의 보고에 따르면, 王旭은 갑상선호르몬의 전신적인 대사조절 기능을 心主血脈과, 성장·발육 촉진 기능을 腎藏精 및 腎主生長發育과 연계하여 “心-腎-甲狀腺軸”이라는 개념을 제시하였다[28]. 이는 갑상선의 기능을 특정한 하나의 五臟에 직접 귀속하기보다 心과 腎을 포함한 장부 간 기능적 관계 속에서 이해하려는 현대 장상론적 접근으로 볼 수 있다.

한편 이와 별개로, 갑상선을 奇恒之腑에 귀속하는 또 다른 현대적 학설도 제시되었다. 滕勇生 등은 许建阳의 학설을 정리하면서, 갑상선이 기존 장상체계에서 명확한 장부 귀속을 갖지 않는다는 점을 전제로 “亦臟亦腑”, “非臟非腑”, “能藏能瀉”의 특성을 가진다고 설명하고 이를 奇恒之腑에 포함하였다[29]. 이러한 해석은 갑상선 여포 내에 thyroglobulin 형태로 호르몬 전구물질을 저장하면서 동시에 갑상선호르몬을 합성·분비하는 현대 생리학적 특성[30]을 전통적인 ‘藏’과 ‘瀉’의 개념으로 해석하려는 시도로 이해할 수 있다. 그러나 《素問·五藏別論》에서 제시된 본래의 奇恒之腑는 腦, 髓, 骨, 脈, 膽, 女子胞의 여섯 기관으로 한정되어 있으므로[23], 갑상선을 奇恒之腑로 보는 견해는 고전 자체의 장상분류가 아니라 현대의 해부·생리학적 지식을 바탕으로 장상학설을 확장한 현대적 이론 제안이라는 점을 분명히 구분할 필요가 있다.

이상의 내용을 종합하면, 갑상선의 장상학적 위치에 대해서는 세 가지 역사적 층위를 구분할 필요가 있다. 첫째, 고전 장상론에는 갑상선을 정상적인 독립 장부로 인식한 명확한 기록이 없으며, 주로 癭이라는 경부의 병적 현상을 통해 해당 영역을 인식하였다. 둘째, 후대에는 癭의 형태와 병리를 氣血·痰瘀 및 五臟·五體 이론으로 해석하였으나, 이는 갑상선 자체의 정상 생리를 특정 五臟에 귀속한 것은 아니었다. 셋째, 현대에 이르러 갑상선호르몬의 전신적 기능을 바탕으로 肝·脾·腎 기능론, 心-腎-甲狀腺軸 및 奇恒之腑 학설과 같은 새로운 장상학적 해석이 제시되었다. 이들 현대 학설은 하나의 연속적인 정설이라기보다 갑상선의 현대적 생리 기능을 전통 장상론에 수용하기 위한 서로 다른 이론적 재구성으로 이해하는 것이 적절하다.

Ⅲ. 고찰

현재 한의학 교육에서는 전통적인 癭瘤 병증과 현대 내분비·갑상선질환이 병렬적으로 다루어지고 있으나, 두 체계 사이의 개념적 관계는 명확히 설명되지 않는 경우가 있다[11]. 본 연구 결과는 癭을 현대 갑상선질환의 명칭으로 단순 대응시키기보다, 전경부 종대라는 관찰 가능한 임상적 표현형을 중심으로 형성된 역사적 질환개념으로 이해할 필요가 있음을 시사한다.

五癭의 경도, 가동성, 피부 및 표면 혈맥의 변화 등의 기록은 오늘날 경부 신체진찰과 형태적으로 비교할 수 있으나, 이를 현대 갑상선질환의 감별진단 기준으로 직접 사용할 수는 없다[10,21]. 향후에는 갑상선 초음파상의 크기·결절 성상·혈류 등의 구조적 지표와 전통적인 국소 진찰소견 및 변증정보를 함께 수집하여 두 체계 사이의 실제 연관성을 탐색할 수 있다. 또한 갑상선 기능검사와 肝·脾·腎 관련 증후 또는 설문지표의 연관성을 분석함으로써 현대 장상학적 가설을 실증적으로 검증할 필요가 있다.

한편 갑상선의 기능항진과 기능저하에서 나타나는 상반된 병리양상을 함께 고려하면, 갑상

선의 장상학적 성격을 陰陽의 양방향적 기능변화라는 관점에서 해석할 필요가 있다고 생각된다. 2021년 「甲狀腺功能亢進症病證結合診療指南」에서는 갑상선기능항진(원문의 甲亢)을 “陰虛爲本，相火妄盛爲標”로 설명하면서 초기의 肝鬱氣滯·陰虛陽亢, 중기의 氣陰兩虛 등을 주요 병증으로 제시하고 있으며, 돌출안의 변증에서는 肝腎陰虛도 제시하였다[31]. 반면 2023년 「成人原發性甲狀腺功能減退症病證結合診療指南」에서는 갑상선기능저하(원문의 甲減)의 진행 과정에서 肝鬱脾虛, 脾腎陽虛·心腎陽虛 및 陽氣衰竭 등을 주요 병증으로 제시하였다[32]. 이러한 상반된 기능상태의 병증 구성을 종합하면, 갑상선 기능의 과잉과 저하를 각각 陰虛·陽亢과 陽虛라는 상반된 陰陽 병리로 해석할 수 있으며, 장상학적으로 腎의 陰陽 盛衰와 기능적으로 연결될 가능성을 제시한다. 또한 甲亢에서 나타나는 心悸·不眠 등의 항진성 증상과 甲減에서 제시되는 心腎陽虛, 그리고 기존의 “心-腎-甲狀腺軸” 학설[28]을 함께 고려하면, 心은 또 하나의 관련 기능계로 해석할 수 있다. 따라서 갑상선을 五臟 중 하나에 직접 귀속시키기보다는, 갑상선을 腎의 陰陽 조절을 중심으로 하면서 心·肝·脾이 기능상태에 따라 서로 다른 방식으로 관여하는 다장부적 장상체계로 이해하는 것이 보다 적절할 가능성을 제안한다[24,25,27].

본 연구의 결과에 대한 해석에 주의가 필요하다. 의서에서 반복되는 水土, 山水, 飮水와 癭 발생의 연관성에 대한 기록은 외부 환경과 질병 발생의 관련성을 관찰한 초기 형태로 볼 수 있으나, 이를 현대의 요오드 결핍에 대한 직접적인 인식으로 해석하는 것은 시대적·의학적 개념의 차이를 고려할 때 신중할 필요가 있다. 본 연구는 고전문헌과 관련 선행연구를 중심으로 수행한 서술적 문헌고찰로서, 현전 문헌의 전수조사나 판본별 서지학적 비교를 목적으로 하지는 않았으므로 癭, 五癭에 대한 일부 기록 또는 판본 간 차이가 충분히 반영되지 않았을 가능성이 있다.

또한 癭을 현대의 갑상선질환 전체와 동일한 개념으로 보는 것은 적절하지 않다. 고전에서 癭은 현대 영상검사나 병리검사 없이 경부의 외형과 촉진 소견을 중심으로 인식된 질환군이었으며, 특히 후대의 筋癭이나 血癭과 같은 일부 유형에는 갑상선 이외의 혈관성 또는 연부조직성 경부 종괴가 포함되었을 가능성도 배제할 수 없다.

Ⅳ. 결론

고전 한의학에서 갑상선은 독립된 장부로 명확히 인식되지 않았으나, 頸·喉·頸下에 발생하는 병적 종대는 癭의 범주로 비교적 이른 시기부터 관찰되었다. 癭의 병리는 초기의 水土·情志·氣結 중심 설명에서 후대의 氣血凝滯·痰·瘀 및 五臟과의 연계로 확장되었으며, 五癭은 경도, 가동성, 피부색, 혈맥 및 정서에 따른 변화 등 실제 임상표현형을 포함한 진단체계로 변화하였다. 따라서 癭은 현대 갑상선질환과 직접 동일시하기보다 갑상선 영역의 병적 현상을 전통적으로 인식한 개념으로 이해하는 것이 타당하며, 현대의 肝·脾·腎 기능론이나 奇恒之腑 학설은 이러한 고전적 인식과 구분되는 현대적 장상 해석으로 평가할 필요가 있다.

Ⅴ. AI 활용

본 연구의 수행 과정에서 생성형 인공지능을 다음 범위에 한정하여 활용하였다. (1) 선행연

구 및 고전 문헌의 1차 검색 보조 (2) 초고의 문단 구성 및 문장 정리 (3) 한문 원문의 1차 해석 참고. 인공지능은 참고문헌의 선정·검증 및 원문 대조에는 사용하지 않았다. 본문에 인용된 모든 고전 원문은 참고문헌에 제시한 판본을 통해 저자가 직접 대조하였으며, 학술문헌의 서지사항과 인용 내용의 실재 여부는 저자가 원 논문을 확인하였다. 원고의 모든 내용에 대한 책임은 저자에게 있다.

감사의 글

이 성과는 정부(과학기술정보통신부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(RS-2026-25476642).

참고문헌

1. Mullur R, Liu Y-Y, Brent GA. Thyroid hormone regulation of metabolism. Physiological reviews. 2014;94(2): 355-382.
2. Ortiga-Carvalho TM, Chiamolera MI, Pazos-Moura CC, Wondisford FE. Hypothalamus-pituitary-thyroid axis. Comprehensive physiology. 2016;6(3): 1387-1428.
3. Kwon H, Jung J-h, Han K-D, Park Y-G, Cho J-H, Lee DY, Han JM, Park SE, Rhee E-J, Lee W-Y. Prevalence and annual incidence of thyroid disease in Korea from 2006 to 2015: a nationwide population-based cohort study. Endocrinology and Metabolism. 2018;33(2): 260-267.
4. Kim WG, Kim WB, Woo G, Kim H, Cho Y, Kim TY, Kim SW, Shin M-H, Park JW, Park H-L, Oh K, Chung JH. Thyroid stimulating hormone reference range and prevalence of thyroid dysfunction in the Korean population: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2013 to 2015. Endocrinology and Metabolism. 2017;32(1): 106-114.
5. 南泰宣, 李光揆, 李南九. 癭病에 關한 文獻的 考察. 대한동의병리학회지. 1996;10(1): 25-31.
6. 王美子, 杨宇峰, 石岩. 中医癭病的古文献研究. 江苏中医药. 2018;50(12): 74-77.
7. Lee C-H, Chiu J-H. Goiter disease in traditional Chinese medicine: Modern insight into ancient wisdom. Journal of the Chinese Medical Association: JCMA. 2021;84(6): 577-579.
8. 吴锦琳, 莫楠, 陈静, 刘浩田, 王常海. 癭病的中医诊治古籍文献探析. 中华中医药杂志. 2025;40(4): 1587-1590.
9. 巢元方. 巢氏諸病源候總論. 卷三十一「癭瘤等病諸候·癭候」, 卷五十「小兒雜病諸候六·氣癭候」 [四庫全書本, 인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from:

https://zh.wikisource.org/wiki/巢氏諸病源候總論_(四庫全書本)/卷31 ; https://zh.wikisource.org/wiki/巢氏諸病源候總論_(四庫全書本)/卷50 .

10. 陳言. 三因極一病證方論. 卷十五「癭瘤証治」[四庫全書本, 인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/三因極一病證方論_(四庫全書本)/卷15
11. 전국 한의과대학 신계내과학교실. 신계내과학. 3 ed. 파주, 군자출판사, 2025.
12. 이민혜, 최유경. 2000 년 이후 갑상선 기능저하증에 대한 국내 한의학 실험연구 체계적 고찰. The Journal of Internal Korean Medicine. 2015;36(4): 570-581.
13. 임보라, 김창규, 박진서, 전경륭, 조준호, 권도익. A review of domestic clinical studies about clinical and subclinical hypothyroidism treated with Korean medical interventions. The Journal of Internal Korean Medicine. 2018;39(4): 645-661.
14. 許愼. 說文解字. 卷七 疒部 [인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/說文解字/07.
15. 劉熙. 釋名. 卷八「釋疾病第二十六」[인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/釋名/卷八.
16. 吳謙 等. 御纂醫宗金鑑. 卷七十二「外科心法要訣」卷十二「癭瘤」[四庫全書本, 인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/御纂醫宗金鑑_(四庫全書本)/卷72
17. 王燾. 外臺秘要方. 卷二十三「癭病方一十八首」·「五癭方八首」[四庫全書本, 인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/外臺秘要方_(四庫全書本)/卷23.
18. 呂不韋. 呂氏春秋. 季春紀「盡數」[인터넷]. 中國哲學書電子化計劃; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://ctext.org/lv-shi-chun-qiu/jin-shu.
19. 孫思邈. 備急千金要方. 卷二十四「癭瘤第七」[인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/zh-hant/備急千金要方/第二十四
20. 政和聖濟總錄. 卷第一百二十五「癭瘤門·五癭」[인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/政和聖濟總錄/125.
21. 許浚. 東醫寶鑑. 雜病篇 卷之八「諸瘡」癭瘤. 하동, 동의보감출판사, 2006:1623.
22. 陳實功. 外科正宗. 「癭瘤論第二十三」 [인터넷]. 維基文庫; [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://zh.wikisource.org/wiki/外科正宗.
23. 김기욱. 뜻으로 푼 (대역· 완역) 황제내경소문. 서울, 법인문화사, 2014.
24. 田英雪, 王镁. 从脾论治甲状腺疾病研究简况. 实用中医内科杂志. 2013;27(20): 84-86.
25. 任志雄, 李光善, 倪青. 林兰教授从中医新释甲状腺疾病. 世界中医药. 2013;8(1): 96-98.
26. 任志雄, 李光善, 倪青. 林兰论治桥本甲状腺炎的学术思想. 辽宁中医杂志. 2013;40(4): 681-682.

27. 박종효, 한양희. 신 (腎) 과 갑상선 (甲狀腺) 의 상관성 (相關性) 에 관 (關) 한 고찰 (考察). The Journal of Internal Korean Medicine. 1997;18(2): 305-331.

28. 刘晓歌, 王旭. 王旭从肝脾论治甲状腺癌术后经验. 山东中医杂志. 2022;41(11): 1215-1218.

29. 滕勇生, 吴剑浩, 刘静, 张春华, 张利聪, 王伟洪, 吕子山, 曹海燕, 刘殿全. 许建阳教授论甲状腺归奇恒之腑学说. 中国中医药现代远程教育. 2022;20(18): 62-64.

30. Citterio CE, Targovnik HM, Arvan P. The role of thyroglobulin in thyroid hormonogenesis. Nature Reviews Endocrinology. 2019;15(6): 323-338.

31. 倪青. 甲状腺功能亢进症病证结合诊疗指南 (2021-01-20). 世界中医药. 2021;16(2): 193-196.

32. 庞国明, 武楠, 倪青. 成人原发性甲状腺功能减退症病证结合诊疗指南. 世界中医药. 2023;18(16): 2265-2272.