대한한의진단학회지 제30권 제1호 (2026년 10월)
The Journal of the Society of Korean Medicine Diagnostics. 2026;30(1):69-82.
[원저 Original Article]


# 腹募穴 按診의 임상적 진단 의의에 관한 고찰

**김병수***
대전대학교 한의과대학 생리학교실

# A Review of the Clinical Diagnostic Significance of Front-Mu Point Palpation

**Byoung-Soo Kim***
Department of Physiology, College of Korean Medicine, Daejeon University

## Abstract

**Objectives** : This study aimed to examine the clinical diagnostic significance of palpation of the twelve Front-Mu points and to clarify how palpatory findings can be interpreted within a zang-fu framework and integrated with supplementary diagnostic information.

**Methods** : A narrative literature review was conducted using classical medical texts, studies on Front-Mu and Back-Shu points, and clinical descriptions of Nagano-style treatment and Chong-Tong acupuncture. The materials were examined according to five categories: examination sites, palpatory findings, accompanying symptoms, interpretive frameworks, and supplementary examinations. Traditional indications, documented observations, and the author's interpretations were distinguished.

**Results** : Front-Mu point palpation was organized as a zang-fu-oriented examination in which tenderness, induration, and tissue resistance are assessed alongside accompanying symptoms. The review identified distinctions between Front-Mu point associations and abdominal correspondences derived from the Nanjing, between zang-fu manifestations and meridian symptom patterns, and between fixed acupoint locations and broader reactive regions. Tenderness at CV17 was discussed as a supplementary finding in the assessment of Hwabyung. Overlapping lower abdominal findings around CV5, CV4, and CV3 were considered in relation to other palpatory findings and urinary or related symptoms. Joint examination of Front-Mu and Back-Shu points, including GB25 and BL23, was discussed as an approach to comparing findings across trunk regions.

**Conclusions** : Front-Mu point palpation may provide complementary diagnostic information when interpreted primarily through zang-fu associations and considered together with symptoms and other examination findings. Clear documentation of observed responses and their interpretive basis is essential. Standardized procedures and further studies of reproducibility and diagnostic validity are needed.

**Keywords** : Front-Mu points; Palpation; Korean medicine diagnosis; Zang-fu; Back-Shu points.

---

* 교신저자 : Kim Byoung Soo. College of Korean Medicine, Daejeon University. College of Korean Medicine, Daejeon University, 62 Daehak-ro, Dong-gu, Daejeon, 34520, South Korea.
Tel: +82-42-280-2616, E-mail: kbsoo25@dju.kr
· 원고접수일 : 2026.09.09 / 심사완료일 : 2026.09.16 / 게재결정일 : 2026.09.23

## Ⅰ. 서 론

한의학에서 按診은 체표를 만지거나 눌러 조직의 상태와 반응을 살피는 절진의 한 방법이다. 腹募穴은 장부의 氣가 흉복부에 모이는 穴로 설명되며, 背俞穴과 함께 장부 관련 상태를 살피는 주요 진찰 부위로 활용되어 왔다. 복모혈과 그 주변의 압통·경결·긴장 및 이완 등의 소견은 환자의 증상과 대조하여 진단에 필요한 정보를 제공한다[1,2].

기존 연구에서는 복모혈의 위치·작용과 체표 반응대의 관계, 배수혈과의 주치 차이 및 경락안진의 이론적 근거를 검토하였다[3]. 또한 腹證十綱을 중심으로 복진 소견의 현대해부학적 의미를 고찰한 연구도 보고되었다[4]. 이러한 성과를 복모혈 안진에 적용하려면 전통적 주치와 촉진 소견의 진단적 의미를 구분하고, 각 혈의 장부 배속과 실제 반응, 동반 증후 및 보완 진찰의 관계를 구체적으로 정리할 필요가 있다.

腹募穴 반응을 임상적으로 활용하기 위해서는 장부 관련 증후를 기본으로 해석하되, 다른 배속 체계 및 경맥 병후와의 관계도 검토해야 한다. 『난경』에서 제안한 臍 중심의 복부 五行 배속을 응용한 진찰 영역은 일부 복모혈 주변과 중첩되지만 장부 배속에는 차이가 있으며[5], 장상학설의 장부 병증과 동명 경맥의 병후 역시 일치하지 않을 수 있다[6]. 따라서 고정된 穴位와 실제 반응 영역을 구분하고, 해석이 불명확하거나 인접 부위의 반응이 중첩되는 경우 다른 촉진 소견과 문진 정보를 대조해서 임상적 유의성을 제고할 필요가 있다.

이에 본 연구는 12복모혈을 대상으로 문헌에 제시된 진찰 부위, 按診 소견, 동반 증후 및 해석 근거를 정리하고자 한다. 장부 배속을 기본 해석 틀로 삼고, 『難經』의 복부 배속과 경맥 병후 및 임상적 유의성이 있는 나가노식 치료·총통침법의 진찰 자료를 비교하여 주요 쟁점을 검토하고자 한다. 아울러 다른 腹募穴과 背俞穴을 활용한 보완 진찰의 의의를 살펴봄으로써 腹募穴 按診의 임상적 진단 활용을 체계적으로 정리하고자 한다.

## Ⅱ. 연구자료 및 방법

### 1. 연구 설계 및 자료

본 연구는 12腹募穴 按診의 임상적 진단 의의를 검토한 서술적 문헌고찰이다. 中府·膻中·巨闕·中脘·期門·日月·天樞·章門·京門·石門·關元·中極을 대상으로 하였으며, 背俞穴과 기타 체간 반응점은 복모혈 소견을 보완하는 범위에서 검토하였다.

연구자료는 복모혈의 위치와 반응대, 배수혈과의 주치 비교 및 경락안진에 관한 선행연구를 기본으로 하였다[1-3]. 복부 배속과 장부·경맥 병후의 구분은 『難經本義』[7], 『나가노식 치료』[5] 및 『중국침구학술사대강』[6]을 참고하였다. 임상적 진찰 사례는 총통침법 관련 자료[8]와 「화병 임상진료지침」[9]을, 두뇌, 몸통, 팔다리의 삼원적 분류에서 몸통을 장부 중심적으로 해석한 것은 「한의학 체계의 삼원적 구조」[10]를 참고하였다. 또한 KCI 검색으로 확인한 복모혈·배수혈 압통 비교, 복진의 현대해부학적 고찰 및 국내 연구동향 논문을 보완자료로 선정하였다[4,11,12].

### 2. 분석 항목 및 해석 기준

자료는 진찰 부위, 안진 소견, 동반 증후, 해석 근거 및 보완 진찰의 다섯 항목으로 정리하였다. 고정된 穴位와 주변 반응 영역을 구분하고, 압통·경결·긴장·이완·온도 변화·동기 등의 소견을 관련 증후와 대조하였다. 腹募穴의 장부 배속을 기본 해석 틀로 삼되, 『難經』의 복부 배속, 경맥 병후 및 개별 임상 체계의 설명을 비교하였다.

진단적 의의는 각 소견이 장부 관련 판단과 다른 진찰의 보완에 제공하는 정보를 중심으로 검토하였다. 전통적 主治와 촉진 소견, 문헌의 기술과 저자의 해석을 구분하였으며, 치료 후 호전을 진단 정확성의 입증으로 간주하지 않았다. 저자의 임상 경험은 문제 설정의 보조자료로 활용하였다. 본 연구는 선정 문헌에 대한 고찰로, 체계적 문헌고찰이나 진단 정확도 검증 연구는 아니다.

## Ⅲ. 본 론

### 1. 복모혈 안진의 진단학적 기초

#### 1) 복모혈의 장부 배속과 진찰 부위

복모혈은 장부의 기가 흉복부에 모이는 혈로 설명되며, 각 장부에 배속되어 관련 병증의 진찰과 치료에 활용되어 왔다. 12腹募穴은 中府(폐)·膻中(심포)·巨闕(심)·中脘(위)·期門(간)·日月(담)·天樞(대장)·章門(비)·京門(신)·石門(삼초)·關元(소장)·中極(방광)으로, 흉부에서 하복부 및 측복부에 걸쳐 분포한다[2]. 따라서 복모혈 안진은 단순히 복부에 한정된 진찰이 아니라, 장부에 배속된 흉복부와 측복부의 반응을 살피는 진찰로 이해할 수 있다.

이동규는 복모혈이 관련 장부와 해부학적으로 가까운 점을 그 위치와 작용을 설명하는 근거로 제시하였다[2]. 이러한 공간적 관련성은 복모혈 안진의 장부 중심적 성격을 이해하는 데 참고가 된다. 다만 모든 腹募穴이 해당 장부의 해부학적 위치와 일치하는 것은 아니며, 배속된 장부의 연관 관계를 경혈의 단일 點(point)으로 판정하기는 어려워 보인다. 따라서 진찰에서는 고정된 穴位와 실제 반응이 나타나는 주변 영역을 포괄적으로 이해하고, 장부 배속을 기본으로 동반 증후와의 관련성을 살펴야 할 것이다.

#### 2) 안진 소견과 진단적 해석

복모혈 안진에서는 압통·경결·긴장·이완 등 조직의 상태와 자극에 대한 반응을 관찰한다[1]. 이때 반응의 유무뿐 아니라 위치와 범위, 좌우 차이 및 인접 부위와의 차이를 함께 고려할 필요가 있다. 자발적으로 호소하는 통증과 압진으로 유발되는 압통을 구분하고, 촉지되는 경결이나 저항도 각각의 소견으로 기술해야 한다.

관찰된 반응은 해당 腹募穴의 장부 배속 및 동반 증후와 대조하여 해석되어야 한다. 전통적 주치는 관련 증상을 검토하는 참고자료이지만, 특정 증상이 주치에 포함된다는 사실이 해당 혈의 압통을 진단 기준으로 확정하는 근거는 아니다. 즉 다른 증후를 복합적으로 고려하여 해당 장부 또는 경락을 선정하게 된다. 복모혈과 배수혈의 주치에 공통점과 차이가 있다는 문헌

적 결과 역시 두 부위의 촉진 반응이 반드시 일치함을 의미하지는 않는다[3].

따라서 복모혈 안진의 진단적 의의는 단일 반응으로 장부 병리를 확정하는 데 있기보다, 장부 관련 상태를 판단하는 촉진 정보를 수집하는 데 있다. 해석이 불명확한 경우에는 문진과 다른 복모혈·배수혈의 소견을 대조하여 판단을 보완할 수 있다[1].

## 2. 12복모혈의 임상적 진단 활용

12복모혈의 진단적 활용은 각 혈의 장부 배속을 기본으로, 문헌상 관련 증후와 촉진 소견을 대조하는 방식으로 정리되었다. 공통적인 안진 항목은 앞 절의 관찰 원칙을 적용하고, 여기서는 혈위별로 함께 확인할 증상과 보완 정보를 중심으로 검토하였다. 전통적 주치는 관련 증후를 파악하는 자료이며, 해당 혈위의 압통에 대한 질환별 진단 기준과는 구분하였다[1,2]. 12복모혈은 흉부, 상복부 및 흉협부, 제부 및 측복부, 하복부로 구분하여 정리하였다.

### 1) 흉부의 복모혈

#### (1) 중부(中府, LU1)

中府穴은 肺의 복모혈로 전상흉부에 위치하며, 문헌상 咳嗽·喘息·胸滿·短氣 및 견배통 등과 관련된다[2]. 안진에서는 국소 반응을 기침, 호흡 시 불편감, 흉부 답답함 및 견배부 증상과 대조한다. 견배통이 동반되면 주변 근육의 긴장과 움직임에 따른 통증 변화를 함께 확인하여, 폐 관련 증후와 흉벽·견배부의 국소 소견을 구분하여 살핀다.

#### (2) 단중(膻中, CV17)

膻中穴은 心包의 복모혈로 흉부 정중선에 위치하며, 胸中如塞·心胸痛·上氣·短氣·咳嗽 및 食不下 乳汁減少 등의 증후와 관련된다[2]. 특히 화병과 관련된 신체 증상을 살피는 데 중요한 진찰 부위이다.

『화병 임상진료지침 III』는 화병의 증상 정도와 단중 압통의 상관관계를 보고한 선행연구를 소개하고, 압통측정을 보조적 평가 방법으로 제시하였다[9]. 단중 압통이 확인되면 흉민·열감·치밀어 오름·목이나 가슴의 덩어리감과 함께 억울함, 분노의 억제 및 정서적 사건과 증상 발생의 관계를 문진할 수 있다. 이러한 접근은 정서적 고통과 흉부의 신체 반응을 함께 파악하는 데 의의가 있다. 다만 압통의 유무만으로 화병을 확정하거나 배제하기보다 면담과 증상 평가를 보완하는 소견으로 활용해야 한다.

### 2) 상복부 및 흉협부의 복모혈

#### (1) 거궐(巨闕, CV14)

巨闕穴은 心의 복모혈로 상복부 정중선에 위치한다. 문헌에서는 九種心痛·上氣咳逆·背痛胸痛·腹痛·短氣·驚悸와 함께 구토 및 복부 팽만 등이 제시되어 있다[2]. 안진 소견은 심계·흉민 등의 심흉부 증상과 식사에 따른 불편감·오심·구토 등의 소화기 증상으로 구분된다. 상완과 중

완에도 반응이 나타나면 각각의 반응 중심과 범위를 구분하여 기록해야 한다.

#### (2) 중완(中脘, CV12)

中脘穴은 胃의 복모혈로, 內傷脾胃·腹暴脹·飮食不和·食慾低下·心下痞滿 및 嘔吐 등 위완부와 소화 관련 증후가 주치로 제시되어 있다[2]. 총통침법에서도 胃의 주요 복진 부위로 활용하고 있다. 또 上脘, 下脘, 梁門, 承滿, 太乙 등 주변의 경결과 압통이 나올 수 있다고 하며, 중완의 경결은 食積을 의미한다고 파악하고 있다[13]. 중완의 압통으로 위·소화기 관련 증후를 검토하는 단서로 활용할 수 있다[1]. 하지만 按診에서 나타나는 반응만으로 胃의 병리를 진단하기 보다는 식후 포만감·식욕·오심·상복부 통증의 증상을 추가로 확인하고 과식 등에 따른 증상의 시간적 변화를 상세히 살펴서 足陽明胃經을 선택한다.

#### (3) 기문(期門, LR14)

期門穴은 肝의 복모혈로 흉협부에 위치하며, 문헌상 胸脇痛支滿·奔豚病·脇下積氣·霍亂泄利 및 음식 섭취와 관련된 불편감 등이 제시되어 있다[2]. 안진에서는 기문의 장부 배속을 바탕으로 흉협부의 반응과 관련 증후를 대조한다. 총통침법에서는 간의 모혈을 수정하였는데, 간의 진찰에 임상적 활용에 소복부(좌우하복부로 천추에서 이어지는 大巨와 水道 정도의 부위를 중심으로 비교적 넓은 영역임)가 더 적절하다고 주장하고 있다[8,13]. 이 부위에 대한 足厥陰 병후를 통한 보완적 해석은 다음 절에서 검토한다.

#### (4) 일월(日月, GB24)

日月穴은 膽의 복모혈로 기문과 인접한 흉협부에 위치한다. 문헌상 嘔吐呑酸·小腹熱欲走·多唾·太息善悲 등의 증후를 제시하고 있다[2]. 총통침법에서는 日月(point)의 임상적 유의성을 확인할 수 없다고 하여 日月을 포함한 흉협부를 의미하고 巨闕 양 옆의 흉협부를 엄지손가락으로 지긋이 압박하여 압통과 경결을 확인하여 담의 병리를 인식한다[8,13]. 이는 고방의 복진에서 사용하는 흉협고만을 진단하는 방법과 유사하다.

기문과 일월에 걸친 광범위한 반응은 어느 한 혈의 소견으로 귀속하기보다 흉협부의 압통·저항이 넓게 분포되는 소견을 의미하며 고방의 복진인 흉협고만 등의 병리적 관점을 충분히 응용할 수 있다고 사료된다.

### 3) 제부 및 측복부의 복모혈

#### (1) 천추(天樞, ST25)

天樞穴은 대장의 복모혈로 배꼽의 좌우에 위치하며, 문헌상 繞臍疼痛·月經不調·泄瀉·便秘·飮食不和 및 癥瘕 등과 관련된다[2,3]. 총통침법에서도 天樞의 압통을 대장 관련 복진 소견으로 활용하고 있으며, 특히 大腸俞 주위의 통증을 호소하는 요통은 大腸俞 반응보다 天樞의 경결 및 압통이 확인되는 경우가 훨씬 많다고 한다[13]. 안진에서는 배변 횟수와 성상, 배변 전후의 통증 변화 및 복부 팽만을 확인한다. 나가노는 『難經』의 臍部를 기준으로 한 오행 배속 이론에 근거하여 좌우 천추 주변을 각각 肝과 肺에 대응시키고 있다[5]. 이는 天樞는 대장의 募穴

로 대장의 상태를 진단할 수 있는 영역인데, 左天樞는 肝에 대응되고 右天樞는 肺에 대응이 되므로 동일 天樞穴 영역에 대한 추가적인 해석이 필요하다.

#### (2) 장문(章門, LR13)

章門穴은 脾의 복모혈로 제11늑골 자유단 아래에 위치한다. 문헌에서는 傷食症, 脇下痛, 胸脇痛· 腰背痛·四肢懈惰·腹脹, 黃疸, 泄瀉痢疾, 水腫 등이 제시되어 있다[2,3]. 안진에서는 늑골단 주변인 章門穴 영역의 반응을 확인 후 식욕·식후 불편감·배변 상태 및 피로·권태 등의 증상과 대조해야 한다. 협부나 요부 통증이 동반되면 몸통 움직임에 따른 변화도 확인하며, 중완과 함께 상복부·측복부의 반응 분포를 살필 수도 있다.

#### (3) 경문(京門, GB25)

京門穴은 腎의 복모혈로 제12늑골 자유단 아래에 위치하며, 腰脇痛·腰背痛, 腹脹滿·少腹痛, 溢·水道不通, 呼吸少氣 및 肩胛內廉痛 등의 증후와 관련된다[2,3]. 안진에서는 늑골단 주변과 腰部로 이어지는 반응을 확인하고, 요배부 및 배뇨 증상을 함께 살핀다. 총통침법에서 제시한 京門-腎俞를 동일 영역으로 연결하는 논의는 腎의 募穴과 背俞穴을 대조하는 사례로서 보완 진찰 부분에서 더 깊이 논의한다[13].

### 4) 하복부의 복모혈

#### (1) 석문(石門, CV5)

石門穴은 三焦의 복모혈로 하복부 정중선에 위치하며, 문헌상 小便不利, 水氣行皮·水腫, 下腹痛, 疝症, 帶下 및 복부의 단단함 등과 관련된다[2,3]. 안진에서는 반응이 석문에 국한되는지 관원 등 인접 부위로 이어지는지 확인하고, 배뇨 상태·부종·하복부 팽만 증상을 고려한다. 특히 총통침법에서는 하복부의 募穴들은 구분이 어려워, 膻中 압통이 확인되고 하복부 경결(석문 또는 관원)을 관찰되었다면 심포-삼초 표리 관계로 石門에 이상이 있다고 진단한다[13].

#### (2) 관원(關元, CV4)

關元穴은 小腸의 복모혈로 석문 아래에 위치한다. 문헌상 小便不利·尿閉·遺尿, 疝症, 痢疾·泄瀉 및 월경·생식 관련 증후가 제시되어 있어, 다양한 하복부 증상을 검토할 필요가 있다[2,3]. 안진에서는 국소 압통과 복벽의 저항·이완을 확인하고 하복부 통증, 배뇨·배변 및 월경 관련 증상 등을 고려한다. 석문이나 중극까지 반응이 이어지면 최대 압통점과 분포를 기록하여 감별에 활용한다.

#### (3) 중극(中極, CV3)

中極穴은 膀胱의 복모혈로 관원 아래에 위치하며, 小便不利·遺尿, 月經不調·陽痿, 奔豚 관련 증후가 주치로 제시되어 있다[2,3]. 中極을 포함한 치골 상부의 반응을 배뇨 시 불편감·빈도·잔뇨감 등에 대조하고, 관원과 반응이 중첩되면 배변·월경 등 다른 하복부 증상도 함께 고

려하여 판정을 해야 한다.

혈위별 진단정보는 Table 1에 정리하였다. 각 복모혈은 장부 관련 상태를 살피는 기준 부위를 제공하며, 관련 증후와 반응 영역이 중첩되는 경우에는 다른 진찰 정보를 통해 해석을 보완할 필요가 있다.

Table 1. Zang-Fu Associations of the Twelve Front-Mu Points and Accompanying Diagnostic Information

| 영역 | 腹募穴 | 장부 배속 | 按診 시 함께 확인할 증상·정보 | 해석 시 고려사항 |
|---|---|---|---|---|
| 흉부 | 中府(LU1) | 폐 | 기침·호흡곤란·흉부 불편, 좌우 반응 | 흉벽의 국소 압통과 관련 증후를 함께 검토 |
| 흉부 | 膻中(CV17) | 심포 | 흉민·열감·정서적 불편 | 화병 관련 문진을 보완하는 소견으로 활용 |
| 상복부 | 巨闕(CV14) | 심 | 심흉부 불편과 심하부·소화기 증상 | 인접 상복부 반응과 비교 |
| 상복부 | 中脘(CV12) | 위 | 식사와 관련된 불편·복만·오심 | 증상의 발생 양상과 압통 위치를 대조 |
| 흉협부 | 期門(LR14) | 간 | 흉협부 증상 및 관련 경맥 증후 | 소복부 반응과 구분하여 기록 |
| 흉협부 | 日月(GB24) | 담 | 흉협부 팽만감·통증·저항 | 일월혈 자체와 그 아래 반응 영역을 구분 |
| 측복부 | 章門(LR13) | 비 | 소화·배변 관련 증상, 복부 팽만 | 측복부의 국소 반응과 동반 증후를 대조 |
| 측복부 | 京門(GB25) | 신 | 요부·배뇨 관련 증상, 좌우 반응 | 신수 및 명문 주변 반응과 비교 |
| 제부 | 天樞(ST25) | 대장 | 배변 양상·복통·복만, 좌우 차이 | 대장 모혈 배속과 나가노의 좌우 배속을 구분 |
| 하복부 | 石門(CV5) | 삼초 | 하복부 반응, 단중 압통 및 관련 증상 | 관원·중극과 반응 영역이 중첩될 수 있음 |
| 하복부 | 關元(CV4) | 소장 | 하복부·배뇨·생식 관련 증상 | 다른 장부의 근거가 없다는 이유만으로 소장으로 판정하지 않음 |
| 하복부 | 中極(CV3) | 방광 | 배뇨 증상의 구체적 양상 | 하복부 반응과 문진 정보를 함께 해석 |

주: 본 표의 확인 항목은 전통적 주치와 검토 문헌을 바탕으로 구성한 진찰 항목이며, 각 복모혈의 압통에 대한 검증된 질환별 진단 기준을 의미하지 않는다. 모든 혈위에서 압통·경결·저항 및 반응 범위를 기록하고, 양측성 혈위에서는 좌우 차이를 비교한다.

## 3. 복모혈 반응의 해석에서 고려할 사항

복모혈 반응은 장부 배속을 기본으로 해석하되, 복부 영역의 배속 및 경맥의 순행·병후와 차이를 보이는 경우 그 관계를 구분하여 검토할 필요가 있다. 본 절에서는 이러한 배속 체계의 관계와 고정된 혈위 및 실제 반응 영역의 차이를 중심으로 해석상의 쟁점을 살펴보았다.

### 1) 『難經』의 복부 배속과 복모혈의 관계

『난경』 제16난은 오장의 맥을 얻었을 때 外證·內證과 관련 병증을 대조하여 판단하도록 설명한다7). 內證으로는 배꼽을 중심으로 肝은 좌측, 心은 상부, 脾는 중앙, 肺는 우측, 腎은 하부의 動氣와 압진 반응을 제시한다.

원문은 상대적인 복부 영역을 기술하며 특정 경혈명을 명시하지 않는다. 나가노는 이를 복진에 적용하여 肝은 좌측 天樞 주변, 肺는 우측 天樞 주변, 心은 上脘 주변, 腎은 氣海 주변, 脾는 배꼽(臍中)에 대응시켰다[5]. 이는 天樞를 대장, 巨闕을 심, 京門을 신에 대응시키는 복모혈 체계와 차이가 있으므로, 『難經』의 오행에 따른 복부 배속과 복모혈의 배속을 구분해야

한다. 특히 天樞는 이러한 관계를 검토할 수 있는 대표적인 사례이다. 天樞穴은 오행에 따른 복부 배속에 좌측은 肝으로, 우측은 肺로 배속이 되고 있어서, 복모혈 배속의 大腸과 괴리가 있다. 즉 예를 들어 좌측 天樞에 압통점이 발생하면 대장의 병리로 진단해야 할지, 아니면 간의 병리로 진단해야 할지 경혈의 위치가 동일하기에 판정하기가 쉽지 않다.

본 연구에서는 大腸의 모혈이라는 배속을 인정하여 天樞는 대장의 병리를 반영한다고 인정되며, 다만 좌측 천추와 우측 천추를 나누어서 고려할 필요가 있다고 생각된다. 즉 좌측 天樞는 오행 배속으로 肝에 해당하므로 간-대장의 연결이 가능하며, 이는 간-대장 장부상통의 관계로 이해할 수 있다. 우측 천추는 오행 배속으로 肺에 해당하므로 폐-대장의 연결이 가능하며, 이는 폐-대장 표리 관계로 해석할 수 있다. 따라서 기존의 모혈 진단으로는 天樞穴을 통해 대장의 병리를 진단했다면 난경의 오행 배속에 입각하여 동일한 대장의 병리적 소견에 간-대장의 관련성 또는 폐-대장의 관련성을 겸하여 진단하고 병리를 확장할 수가 있다. 이는 제16難이나 제시된 나가노의 설명에 직접 명시된 내용이 아니라 두 체계의 관계를 설명하기 위한 본 연구의 해석이다. 따라서 좌우 천추의 반응을 각각 기록하고, 배변 양상과 복부 증상 및 간·폐 관련 증후를 대조하여 그 의미를 검토할 필요가 있다.

이러한 비교는 천추의 대장 모혈로서의 의미를 유지하면서 좌우 반응을 해석할 관점을 보완한다. 다만 좌우 압통만으로 간·폐의 이상을 판정하기보다, 적용한 배속 체계와 이를 뒷받침하는 동반 소견을 함께 제시해야 한다.

### 2) 장부 배속과 경맥 병후의 구분

복모혈의 장부 중심적 해석을 구체화하기 위해서는 장상학설의 장부 병증과 경맥 병후의 차이를 검토할 필요가 있다. 황룡상은 두 학설이 주관하는 병후에 차이가 있으며, 족궐음에서 중요하게 나타나는 前陰 관련 병증이 장상학설에서는 腎과 관련하여 설명된다는 점을 제시하였다[6]. 이는 동일한 臟腑名이 포함된 經脈이라도 그 병후를 해당 장부의 병증과 동일하게 취급하기 어렵다는 점을 보여준다. 즉 예를 들면 足厥陰經과 肝은 경락과 장부로 구분되여야 함을 제시한다.

이러한 논의는 肝의 募穴인 期門穴과 총통침법에서 새롭게 肝의 募穴 의미로 제시한 少腹部 반응을 비교하는 근거가 된다. 총통침법은 기존 期門에서의 반응만으로 판단하기 어려웠던 임상 경험을 바탕으로 少腹部(양측 大巨와 水道 영역)를 肝 관련 진찰 영역으로 활용하였다[8,13]. 이때 소복부를 '간의 반응'으로 기술하더라도 장상학설의 간 병리를 의미하는지, 족궐음의 순행·병후와 관련된 상태를 의미하는지 구분해야 한다.

본 연구에서는 간의 모혈인 期門과 구별되는 少腹部 반응을 황룡상의 병후 구분에 근거하여 足厥陰과 관련된 체간 반응으로 해석할 가능성을 제시한다. 少腹部는 월경·생식기 관련 증후와 대조할 수 있는 영역이라 볼 수 있다. 이는 期門의 장부적 관점의 募穴을 수정 변경하는 것이 아니라, 별도의 반응 영역을 설명하는 보완적 해석이다. 총통침법의 경우는 해당 부위의 반응을 진단 기준으로 삼아 해당 경락을 취혈하므로 경락적 진단의 주요 반응처라고 봐도 무방하다. 즉 少腹部의 경결 및 압통 등으로 병리적 소견을 파악했다면 해당 침법으로는 足厥陰肝經의 五俞穴(五行穴)을 활용하였기 때문이다. 다만 해당 문헌이 소복부 압통의 진단적 의미를 제시한 것일 뿐 다수의 醫家들이 검증한 것은 아니므로, 각 부위의 반응과 동반 증후를 비교하여 해석의 적합성을 검토해야 한다.

日月과 그 아래 흉협부의 관계도 유사하게 살필 수 있다. 총통침법은 이 영역을 膽 관련 진찰에 활용하지만, 日月의 募穴 반응을 확대하여 日月을 포함한 흉협부의 넓은 부분을 포함한 영역을 엄지손가락으로 지긋이 압박하여 압통과 경결을 확인한다[13]. 이 역시 담의 병리를 확인하면 足少陽膽經脈을 활용하여 치료하므로 경락적 접근에 보다 근거한 진단 방식일 수 있다. 특이할 점은 해당 진단 방식은 고방에서 활용하는 胸脇苦滿을 확인하는 방식[14]과 매우 유사하다. 만약 日月을 확장한 胸脇部의 압통을 확인한다면 침법으로는 足少陽膽經의 경혈을 선택할 수 있으며 약법으로는 시호 등을 활용할 수 있겠다. 이러한 腹募穴을 근거한 진단 방식은 침과 약을 연계할 수 있는 양호한 근거가 된다.

### 3) 고정된 穴位와 촉진 반응 영역의 구분

복모혈은 정해진 경혈 위치에 있지만, 실제 촉진 반응은 한 點에 국한되지 않고 주변으로 분포할 수 있다. 募穴과 반응대의 관계를 검토한 선행연구도 복모혈의 위치와 작용을 인접 체표 영역과 함께 고찰하였다[2]. 따라서 穴位 자체의 반응과 주변 영역의 반응을 구분하는 것은 임상 소견을 비교하기 위한 기본 조건이다.

나가노가 천추·상완·기해의 '주변'을 제시하고[5], 총통침법이 少腹部와 日月 아래 胸脇部를 활용한 것[13]은 이러한 구분의 필요성을 보여준다. 少腹部 압통을 기문혈의 반응으로 기록하거나 일월 아래의 반응을 일월혈 자체의 소견으로 기록하면 관찰 위치와 해석상의 장부 배속이 혼재하게 된다. 먼저 실제 반응의 위치와 범위를 기술하고, 관련 장부·경맥에 대한 해석을 덧붙이는 것이 더 적절하다.

石門·關元·中極처럼 인접한 하복부 복모혈에서도 같은 문제가 발생한다. 나가노의 氣海 주변에 대한 오행에 근거한 腎 배속까지 고려하면 이 영역에는 여러 장부의 해석이 중첩된다[5]. 따라서 넓은 하복부 압통을 위치만으로 특정 장부에 귀속하기보다 최대 압통점과 분포를 기록하고 추가적인 진찰 정보를 대조해야 한다. 구체적인 감별 방식은 다음 절에서 검토한다.

이상의 논의에서 腹募穴의 장부 배속은 기본 해석 틀로 기능하며, 복부 영역의 배속과 경맥 병후는 개별 반응의 의미를 보완한다. 관찰된 위치·성상과 적용한 해석 근거를 구분하여 제시하는 것은 腹募穴 按診의 진단정보를 명료하게 하고 임상 소견의 비교 가능성을 높이는 데 도움이 된다.

## 4. 복모혈 안진의 보완적 해석과 진단정보의 종합

腹募穴 按診은 해당 穴의 장부 배속을 기본으로 하되, 반응 부위가 중첩되거나 해석이 불명확한 경우 다른 腹募穴과 背俞穴의 소견 및 동반 症候를 대조하여 판단을 보완할 수 있다. 여기서는 하복부 반응의 구분과 복모혈·배수혈의 연계를 중심으로 살펴보고자 한다.

### 1) 하복부 반응의 구분과 동반 증후의 대조

석문·관원·중극은 각각 삼초·소장·방광의 모혈이지만, 하복부의 인접한 부위에 위치하므로 압통이나 긴장이 넓게 나타나는 경우 반응 위치만으로 장부 배속을 구분하기 어렵다. 특히 石門은 臍下 2촌이고, 關元은 臍下 3촌에 위치하므로 少腹部에 넓게 나타난 반응의 귀속을 구

분하기가 쉽지 않다[13]. 따라서 石門과 關元의 복진은 위치로 구분하기 어려워 삼초와 소장의 생리적 기능에 기반한 증상과 복진의 양상에 따라 구분될 수 있다.

총통침법에서는 소장은 혈맥을 주관하므로 주로 瘀血과 陽虛의 병리가 나타나므로 하복부의 경결과 압통, 냉감의 형태로 복진을 확인할 수 있으며, 삼초는 水道의 소통불리로 인한 병리로 복진이 腹滿과 압통으로 확인된다. 또한 하복부의 석문혈과 관원혈의 반응을 명확하게 구분하기 어려운 경우, 하복부 반응과 膻中의 압통을 함께 살펴 심포-삼초의 표리 관계에 따라 石門穴 반응으로 해석한다[13]. 이는 하복부의 국소 소견에 다른 복모혈의 반응과 문진 정보를 결합하여 해석을 구체화하는 사례이다.

이러한 접근에서 膻中 압통은 하복부 반응을 해석하는 보완 소견이며, 배뇨 이상은 中極 반응과 방광 관련 판단을 연결하는 증후이다. 關元 역시 소장의 모혈이라는 배속을 기본으로 관련 증후를 검토해야 하며, 삼초나 방광의 단서가 없다는 이유만으로 소장 관련 반응으로 분류할 수는 없다. 따라서 하복부 按診에서는 반응의 중심과 범위, 다른 복모혈의 소견 및 배뇨·배변 등 동반 증상을 함께 기록하는 것이 중요하다. 다만 이러한 임상적 구분 방식과 각 소견의 진단적 타당성은 별도로 검토되어야 한다.

### 2) 腹募穴과 背俞穴의 연계를 통한 진단정보의 보완

복모혈과 배수혈은 동일 장부에 배속되면서 체간의 서로 다른 부위에 위치하므로, 두 부위의 반응을 대조하는 진찰의 근거가 된다. 기존 문헌연구에서는 양자의 주치에 공통점과 차이가 있음을 제시하였으며[3], 이는 배수혈과 복모혈이 상호 보완하여 진찰 정보를 종합할 필요가 있다.

서민정 등은 31명을 대상으로 우울 경향과 일부 복모혈·배수혈의 압통(심포, 비·위, 소장·대장, 삼초)을 비교하여, 우울 경향군에서 中脘과 일부 배수혈의 압통이 유의하게 높음을 보고하였다[11]. 이는 정서 관련 상태와 체간 여러 부위의 압통을 함께 평가한 연구로서, 복모혈과 배수혈을 병행하여 관찰하는 접근의 참고 근거가 된다. 다만 특정 모혈-배수혈 쌍의 반응 일치도나 장부별 진단 특이성을 검증한 결과는 아니다.

京門과 腎俞는 腎의 모혈과 배수혈에 해당한다. 총통침법은 京門을 기준으로 腎俞의 위치를 잡고, 경결 부위가 경문에서 신수로 이동할수록 병이 깊어진다고 설명한다[13]. 이는 腎에 배속된 측복부(京門)와 배부의 배수혈(腎俞) 반응을 연속적으로 관찰하는 임상적 해석이다. 즉 복모혈은 대부분 인체의 전면에 배치가 되어 있으나 腎의 募穴인 京門은 측면에서도 약간 뒷쪽에 배치가 되어서 사실상 신의 배수혈인 腎俞와 가까이 존재한다. 본 연구에서는 두 혈과 함께 명문 주변을 추가 관찰 범위로 제시하였다(그림 1). 다만 命門은 신의 모혈이나 배수혈과 구분되며, 반응 위치를 질환의 중증도나 이환 기간에 직접 대응시키는 해석은 검증이 필요하다. 참고로 경결의 위치가 외측에서 독맥으로 들어갈수록 병의 심도가 깊어지는 단서를 제공할 수 있는데, 방광 제2선 < 방광 제1선 < 독맥의 순으로 정리가 된다.

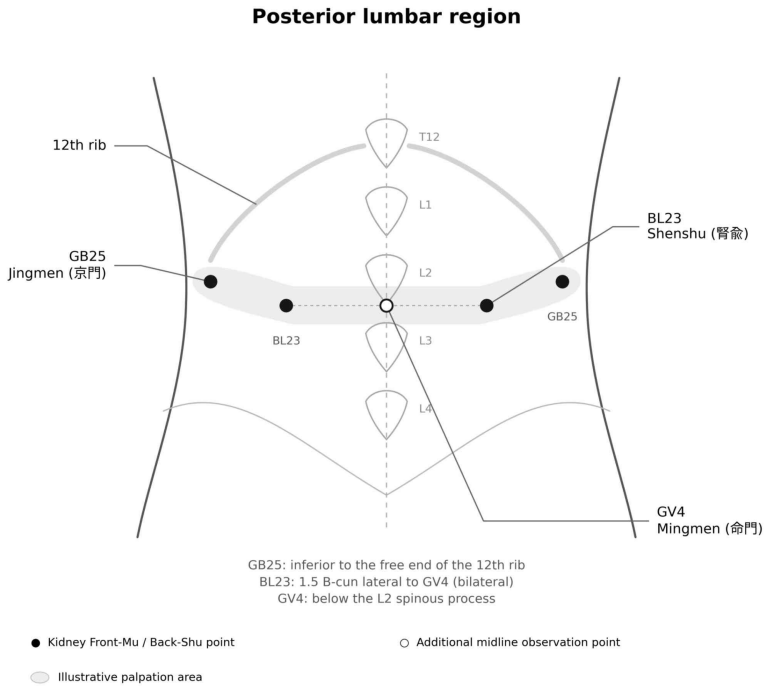



Figure 1. Locations and Illustrative Palpation Areas of Jingmen (GB25), Shenshu (BL23), and Mingmen (GV4). GB25 is located inferior to the free end of the twelfth rib, BL23 is located 1.5 B-cun lateral to GV4 bilaterally, and GV4 is located inferior to the spinous process of the second lumbar vertebra. Filled circles indicate GB25 and BL23; the open circle indicates GV4 as an additional examination site. Light gray lines represent the twelfth ribs, and shading illustrates potential palpation areas. This schematic depicts spatial relationships and does not represent actual anatomical proportions or disease severity.

저자의 임상 경험에서도 요통을 호소하면서 단중과 상부 배부에 반응이 나타나거나, 견비통과 함께 하복부 반응이 관찰되는 경우가 있었다. 이 경우 횡격막 아래인 腰部의 통증이 있지만 腹募穴과 背俞穴을 진단하여 화병에 해당함을 인지하고 手三陰經을 選穴하여 양호한 효과를 본 적이 있다. 또한 횡격막 위에 해당하는 견비통을 호소하는 환자에게 腹募穴과 背俞穴을 동시에 진단하여 少腹部 압통과 생리통이 심함을 확인하여 足三陰經을 選穴하여 양호한 효과를 보았다. 특히 견비통 환자의 경우 1차 시도에서 아시혈 및 手三陰三陽經으로 효과가 없음을 확인한 뒤 2차 시도에서 소복부의 이상을 고려하여 足經을 選穴해서 득효를 본 것이다. 물론 이러한 경험은 주증상의 위치와 체간 촉진 반응의 분포가 다를 수 있음을 보여주는 관찰 사례이며, 특정 장부 병리나 구조적 이상을 입증하는 자료는 아니다. 다만, 복모혈과 배수혈을 함께 살피는 의의는 주증상 부위 이외의 반응을 확인하고, 전후면 소견의 일치와 불일치를 동반 증후와 대조하여 장부 관련 판단을 보완하는 데 있다.

Table 2. Examples of Interpreting Front-Mu Point Findings and Supplementary Examinations

| 검토 사례 | 최초 확인 소견 | 추가로 대조할 정보 | 진단적 의미와 해석 범위 |
|---|---|---|---|
| 天樞의 左右 반응 | 좌우 천추 주변의 반응 차이 | 배변 증상, 간·폐 관련 증후, 『難經』(나가노)의 복부 배속 | 동일 혈위의 좌우 해석을 비교하며, 상통·표리 설명은 본 연구의 가설로 구분 |
| 期門과 소 | 기문 또는 소복 | 장상학설의 간 증후와 족 | 장부와 경맥의 해석을 구분하고 실제 반응 위치를 |

| 복부 | 부의 압통·경결 | 궐음의 병후 | 기록 |
|---|---|---|---|
| 日月과 흉협부 | 일월 및 그 아래의 반응 | 주관적 팽만감·통증과 객관적 압통·저항 | 고정 혈위와 반응 영역, 증상과 촉진 소견을 구분 |
| 石門·關元·中極 | 인접 하복부 영역의 반응 | 단중 압통, 배뇨 및 기타 관련 증상 | 다른 부위의 안진과 문진을 통해 하복부 반응의 해석을 보완 |
| 京門-腎俞 및 명문 주변 | 측복부와 요배부의 반응 | 좌우 차이, 정중선까지의 반응 범위, 요부·배뇨 증상 | 전후면 반응을 비교하되 위치만으로 이환 기간·중증도를 판정하지 않음 |

## Ⅳ. 고 찰

본 연구는 12복모혈의 장부 배속을 기본으로 진찰 부위, 안진 소견, 동반 증후 및 보완 진찰의 관계를 검토하였다. 기존 연구가 복모혈의 위치·작용과 반응대의 관계, 배수혈과의 주치 비교를 중심으로 논의하였다면[2,3], 본 연구는 이를 촉진 소견의 해석과 진단정보의 종합이라는 관점에서 정리하였다. 특히 고정된 穴位와 실제 반응 영역, 문헌의 설명과 저자의 해석을 구분하여 복모혈 안진의 임상적 활용을 구체화하고자 하였다.

腹募穴 按診의 기본 성격은 장부 중심적으로 이해할 수 있다. 이동규는 복모혈과 관련 장부의 해부학적 근접성을 그 위치와 작용을 설명하는 근거로 제시하였다[2]. 김병수가 두뇌·체간·사지를 각각 정기신혈·장부·경락과 관련지어 설명한 天地人 삼원적 관점을 적용하면, 체간에 위치하고 장부별로 배속되는 복모혈은 地法에 해당하는 진찰 체계로 해석할 수 있다[10]. 다만 모든 배속을 해부학적 근접성만으로 설명할 수는 없다. 三焦의 모혈인 石門은 특정한 단일 해부학적 장기와의 위치 관계로 설명하기 어려우며, 삼초와 하복부의 기능적 관련성을 살피는 단서로 해석할 여지가 있다. 이처럼 복모혈의 장부 중심적 성격은 해부학적 위치와 전통적 기능 관계를 함께 고려하여 이해할 필요가 있다.

복모혈의 압통·경결·긴장 등은 환자가 호소하는 증상과 대조할 수 있는 촉진 정보이다. 膻中의 압통은 흉부 불편감과 정서 관련 증후를 살피는 중요한 단서이며, 화병 임상진료지침에서도 관련 연구가 검토되었다[9]. 그러나 전통적 主治에 특정 증상이 포함되거나 해당 환자군에서 압통이 관찰된다는 사실만으로 진단적 특이성이 확보되는 것은 아니다. 해부학적 근접성을 근거로 복모혈의 반응을 설명하는 문헌[2]과 복진 소견을 현대해부학적으로 고찰한 연구[4] 역시 해석의 참고 근거와 진단 정확성의 입증을 구분하여 수용해야 한다. 따라서 복모혈 안진의 가치는 개별 반응이 동반 증후 및 다른 진찰 정보와 결합할 때 어떠한 판단 근거를 제공하는지에 따라 평가되어야 한다.

서로 다른 배속 체계와 경맥 병후를 비교하는 것은 복모혈 반응의 의미를 구체화하는 데 도움이 된다. 나가노는 『難經』의 복부 배속을 응용하여 좌우 天樞 주변을 각각 肝과 肺에 대응시켰지만, 천추의 전통적 모혈 배속은 大腸이다[5]. 좌측 천추를 간-대장 장부상통으로, 우측 천추를 폐-대장 표리로 설명하는 것은 이러한 차이를 연결하려는 본 연구의 해석이다. 또한 황룡상이 제시한 장상학설의 장부 병증과 경맥 병후의 차이를 고려하면, 총통침법의 少腹部 반응을 足厥陰의 병후와 관련짓는 설명은 간의 장부적 병리와 구분하여 검토할 수 있다[6]. 다만 관련 경맥의 치료혈을 사용했다는 사실만으로 반응점의 진단적 귀속이 확정되는 것은 아니다. 실제 반응 위치와 동반 증후를 먼저 기술하고 적용한 해석 근거를 명시하는 것이 중요하다.

다른 복모혈과 배수혈의 소견을 대조하는 진찰은 국소 반응의 해석을 구체화하는 방법이 될 수 있다. 총통침법에서 하복부 반응에 膻中 압통이나 소변 증상을 대조하는 방식은 인접한 반응 영역을 추가 정보로 구분하는 사례이다[13]. 우울 경향과 일부 복모혈·배수혈의 압통을 비교한 연구도 체간 여러 부위의 반응을 병행하여 평가한 참고자료가 된다[11]. 京門과 腎俞를 연계하여 살피고 命門 주변까지 관찰 범위를 넓히는 접근 역시 반응의 분포를 확인하는 데 의의가 있으나, 그 위치를 병의 깊이나 이환 기간에 대응시키는 해석은 별도로 검증해야 한다. 저자의 임상 경험에서 주증상 부위와 다른 체간 영역의 반응이 관찰된 점도 진찰 범위를 확대할 필요성을 제기하지만, 치료 후 호전이 그 해석의 정확성을 직접 입증하지는 않는다.

복모혈 안진은 서로 다른 임상 체계에서 활용하는 진찰 소견을 비교하는 접점이 될 수 있다. 총통침법의 일월 주변 흉협부 진찰과 고방 복진의 胸脇苦滿은 흉협부를 관찰한다는 점에서 비교할 여지가 있다[13,14]. 다만 공통된 부위를 살핀다는 이유만으로 동일한 진단 개념으로 간주하기보다, 주관적 불편감과 촉진 시 압통·저항, 관찰 범위 및 동반 증후를 대조해야 한다. 이러한 비교는 침법과 약법에서 활용하는 진찰 소견의 공통점과 차이를 밝히고, 장부·경맥 관련 해석을 구체화하는 후속 과제가 될 수 있다.

본 연구는 선정 문헌에 기초한 서술적 고찰로서 자료의 진찰 방법과 해석 기준이 일정하지 않으며, 진단 정확도와 재현성을 직접 평가하지 못하였다. 저자의 임상 경험 또한 체계적으로 수집된 증례 자료가 아니다. 복진 연구동향을 검토한 김지혜 등은 정량적 평가 기준과 측정기기 개발의 필요성을 제안하였다[12]. 복모혈 안진에서도 촉진 자세와 압력, 반응의 종류·위치·범위 및 기록 기준을 정리하고, 검사자 간 일치도와 반복 측정의 재현성을 평가할 필요가 있다. 이를 바탕으로 동반 증후 및 보완 진찰과의 관련성을 검토한다면, 복모혈 안진이 장부 관련 판단에 제공하는 정보와 그 한계를 보다 명확히 제시할 수 있을 것이다.

## Ⅴ. 결 론

본 연구는 12복모혈 안진의 임상적 진단 활용을 문헌에 근거하여 검토하고, 다음과 같은 결론을 얻었다.

복모혈 안진은 장부 배속을 기본으로 압통·경결·저항 등의 체표 반응을 관련 증후와 대조하는 진찰 방법이다. 경맥의 순행·병후와 다른 체간 소견은 개별 반응의 해석을 보완하는 정보로 활용할 수 있다.

복모혈의 장부 배속과 『난경』의 복부 배속, 고정된 혈위와 실제 촉진 반응 영역을 구분하여 관찰 위치와 해석 근거를 명확히 제시할 필요가 있다.

인접한 하복부 복모혈의 감별에는 다른 복모혈의 반응과 동반 증상을 함께 고려하고, 배수혈 및 관련 배부의 촉진을 통해 체간 전후면의 진단정보를 보완할 수 있다.

본 연구는 복모혈의 장부 중심적 성격을 바탕으로 관찰 소견과 해석 근거, 보완 진찰의 관계를 정리하였다는 데 의의가 있다. 향후 촉진 방법과 기록 항목을 표준화하고, 재현성과 진단적 타당성을 평가하는 연구가 필요하다.

## 참고문헌


1. 임승일. 경락안진법의 임상적 활용에 대한 이론적 근거 고찰. 대한경락경혈학회지. 2025;42(2):96-109.
2. 이동규, 나창수. 모혈의 위치 및 작용과 반응대와의 상관성 고찰. 대한경락경혈학회지. 2000;17(1):157-71.
3. 박사현, 조명래. 배수혈과 복모혈의 주치증에 관한 문헌적 비교 연구. 대한경락경혈학회지. 2001;18(1):117-42.
4. 진명호, 김선경, 김범회. 한의학의 주요 진단방법인 복진(腹診)의 현대해부학적 고찰: 복증십강(腹證十綱)을 중심으로. 대한한의진단학회지. 2025;29(1):238-50.
5. 나가노 고지. 박병희 역. 나가노식 치료. 파주: 물고기숲; 2018. p. 37-39.
6. 황룡상. 박현국 외 역. 중국침구학술사대강. 서울: 법인문화사; 2005. p. 570-571.
7. 활수. 김선호 편역. 懸吐完譯 難經本義. 대전: 주민출판사; 2009. p. 95-100.
8. 김은서, 이지혜, 정유옹. 총통침법 연구. 사암침법학회지. 2019;1(1):15-24.
9. 정인철, 최우창, 이상룡. 화병 임상진료지침 III. (화병의 진단과 평가). 동의신경정신과학회지. 2013;24(Suppl 1):23-36.
10. 김병수, 강정수. 한의학 체계의 삼원적 구조. 동의생리병리학회지. 2008;22(3):528-34.
11. 서민정, 김송이, 박영재, 정원모, 차수진, 이향숙, 외. 우울 경향과 腹募穴, 背俞穴 압통과의 관계 비교 연구. 대한경락경혈학회지. 2010;27(4):97-109.
12. 김지혜, 박정환, 김근호. 복진(腹診)에 대한 국내 연구동향 분석 및 연구방향 제안. 대한한의학회지. 2016;37(3):1-12. https://doi.org/10.13048/jkm.16030
13. 이치웅. 총통침법 중급편. 원주: 도서출판 총통출판선; 2013. p. 25-26, 61, 93, 125, 201, 228, 233, 267, 426.
14. 강주봉. 상한론·사상의학 강좌. 대구: 석림출판사; 1999. p. 11.