

大韓醫療氣功學會

醫療氣功
MEDICAL GIGONG
Vol.23. No.1. 2024.06.30.

DOI: <https://doi.org/10.22942/mg.2024.23.1.001>

견비통에 대한 휘담식 수기요법의 임상 적용

안훈모*, 나삼식*, 강한주*

* : 대한의료기공학회

ABSTRACT

Clinical application of *Whidam's Su-Gi* therapy to Shoulder Pain

Hun Mo Ahn*, Sam Sik Na*, Han Joo Kang*

* : The Member of the Korean Academy of Medical Gi-Gong

Objective : This report is to introduce the clinical application of *Whidam's Su-Gi* therapy to shoulder pain.

Methods : *Whidam's Su-Gi* therapy for shoulder pain first identifies for red flags in order to select a person to be treated in korean medicine. After

· Received : 03 May. 2024 · Revised : 15 May. 2024 · Accepted : 08 June. 2024

Correspondence to : 강한주(Han Joo Kang)

서울시 영등포구 대림로 35 가길 7-1 휘담메디한의원 대림점

Tel. 02-846-1460 Fax. 02-846-1462 E-mail : hanjoo10@gmail.com

performing shoulder joint mobility evaluation and *Su-Gi* treatment, determine the disadvantage, and determine the mobility evaluation and *Su-Gi* treatment route of the shoulder, the shoulder blade, and cervical vertebrae. The advantage and pain are evaluated by a manual exercise test. After performing *Su-Gi* therapy according to the evaluation at each stage, pain and dysfunction are reevaluated to check the negative and proceed to the next step.

Conclusions : The clinical application of *Whidam's Su-Gi* therapy to shoulder pain was organized around the correlation between the shoulder joint, the shoulder, the shoulder blade, and cervical vertebrae, and a medical flow chart was constructed away from the listed description method.

*** Keywords** : *Whidam's Su-Gi* Therapy, Shoulder Pain, Korean Medicine Clinical Practice Guideline, Algorithm

I . 緒論

견통은 국내 통계를 살펴보면 2019년부터 2022년까지 상병분류 M75(어깨 병변) 기준으로 질병 소분류별 다빈도 상병 급여현황에서 전체 19~29위의 질환이며, 같은 기간 한방에서는 연속 9위의 빈도인 질환이다[1]. 한의학에서 견비통은 경락에 기혈이 저체된 비증(痺證)의 범주에 주로 해당된다[2]. 견비통은 견갑부를 포함한 견관절을 구성하고 있는 주위 조직 및 상지의 견박부에 연관되어 나타나는 통증질환으로 견관절의 통증과 더불어 종종 관절가동범위가 제한(굴곡, 신전, 내전, 외전, 내회전, 외회전 제한)된다[3].

견비통에 대한 한의임상진료지침은 2015년 어깨병변(M75)을 대상으로 작성되었다[4]. 5년마다 개정을 거쳐 현재는 2020년 어깨병변 중 동결견, 어깨의 관절주위염, 어깨의 유착성 관절낭염(M750)과 극상근 증후군, 외상성으로 명시되지 않은 회전근개, 극상근 찢김 또는 (완전)(불완전) 파열, 회전근개증후군(M751)을 대상으로 작성되었다[5]. 진료지침은 견관절 통증, 관절가동범위 제한 증상이 있어도 원인질환이 어깨가 아닌 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통, 중풍 후 견비통, 척수손상 후 견비통, 수술 후 견비통 등은 본 지침의 적용 대상이 아니므로, 견비통을 유발하는 각 질환별 차이점과 공통점을 파악하고 임상검사를 통하여 감별진단에 유의하도록 강조하였다[5]. 관련하여 회전근개 수술후 한의치료 임상진료지침은 2021년에 개발되었으나 이것은 수술후증후군 범주에 속

한다[6]. 진료지침에서 한의치료가 다를 수 있는 견비통은 일차적으로 위험 신호를 감별하고 한의 치료 대상자를 선정하도록 하였다. 급성, 만성 견비통 중에서 임상에서 주의할 급성 또는 외인성 요인으로 위험군에 속하는 대상자를 감별진단한 후 한의치료에서 이득을 얻을 수 있을 것으로 기대하는 대상자를 염두에 두고 진료지침이 작성되었다. 한의치료 대상자를 전제로 중재방법의 선택과 유효성 검증에 비중을 두고 통증에 초점이 있는 경우와 운동제한에 초점이 있는 경우로 나눠서 접근하였다. 반면에 기존의 견비통을 유발하는 원인을 건부질환, 경추관절질환, 심폐질환에 의한 삼중으로 분류하고 해당 경락에서 치료점을 찾던 견해[7]와 달리 경추와 상관성 증상에 대해서는 배제하게 되었다. 왜냐하면 경추질환은 건관절의 외인성 요인에 속하기 때문이다.

그에 비해 휘담식 수기요법에서 다루는 견비통은 상위관절인 경추와의 상관성 속에서 파악하였다 [8-10]. 목은 심장과 뇌를 연결하는 가교 역할을 하는 부위로 인체의 정신활동과 육체활동을 연결시켜주는 인체에 있어 가장 중요한 통로이다[11]. 따라서 경추의 교정은 장부의 기를 조정하고 이 목구비의 7규와 연결된 뇌를 돕고, 전음과 후음을 소통시키고, 기혈의 전신 순환에 도움이 된다 [12]. 또한 견정부에 위치한 소천문(小天門)에서는 장부 사이사이에 있는 근막으로 내려가 근막을 통해서 그 장부를 통제하기도 하고 보호하기도 한다[8]. 그러므로 진료지침과 달리 견비통에 대한 휘담식 수기요법은 경추수기를 포함한 치료 알고리즘이 필요하게 되었다.

진료지침에서 추나요법은 권고등급을 B로 부여하여 임상적 활용도가 높을 것으로 예상하였다. 추나 및 수기요법이 견비통에 비교적 높은 등급을 받은 이유는 통증은 물론 가동제한에서도 효과를 인정받았기 때문이다. 그러므로 수기요법 범주에 속하는 휘담식 수기요법도 견비통의 통증과 가동 제한에 유효하다고 판단된다. 특히 휘담식 수기요법은 진료지침과 달리 경추와의 상관성 속에서 견비통의 병리를 파악하기 때문에 실제 임상에서는 더욱 유효할 것으로 사료된다. 이에 견비통에 대한 휘담식 수기요법의 알고리즘을 정리하여 공유하고자 한다.

II. 本論

1. 견비통에 대한 휘담식 수기요법의 진료의 순서

각 단계에서 평가에 따른 해당 수기치료를 시행한 후 통증 및 기능장애를 재평가하여 음성을 확인하고 다음 단계로 진행한다. 건관절의 병리 특성상 통증과 가동범위 제한을 평가하되 통증해소 기전 중 기기소통에 중점을 두어 수동운동 제한을 우선으로 평가하여 유불리[13]를 진단한다.

1) 병력 청취, 신체검사, 진단검사

환자 내원 시 병력청취, 신체검사, 진단검사를 통해 증상의 위험 신호 여부를 파악하여 한의 진료 대상자인지 결정한다.

견비통 중에 팔의 움직임에 영향을 받지 않는 통증은 건관절의 외인성 원인에 의한 것으로 분류

한다. 어깨의 움직임에 영향을 받지 않으면서 경추의 움직임에 의해 악화되면 경추병을 고려한다. 경추 기원성 질환은 경추의 운동성 검사 및 신경학적 증상 증후를 통해 평가한다. 경추의 움직임에 영향 없으면서 외상 없이 돌연 증상이 발현한다면 위험 신호로 판단하고 주의하여 평가해야 한다. 심근허혈, 대동맥박리, 장천공, 비장 경색, 폐색전증 등의 내장기 질환에서 유래된 견비통을 의심할 수 있다. 그러나 견비통이 외상없이 돌연 증상이 발현하지 않더라도 발열, 체중감소, 식은땀 등 전신 증상이 동반한다면 위험 신호로 판단하고 주의하여 평가해야 한다. 흉곽 또는 복부의 공간을 점유하는 신생물, 심내막염 등의 전신감염, 동맥염 등의 혈관병에서 유래된 견비통을 의심할 수 있다 [14](Table 1).

Table 1 Red Flag Causes of Shoulder pain[15]

Classification	Disease
Orthopaedic	<ul style="list-style-type: none"> • Unreduced dislocation (after past trauma, seizure, electrocution) • Occult fracture (osteoporosis) • Avascular necrosis of humeral head (increased risk with steroids, alcohol abuse, previous fracture, sickle cell anaemia)
Infection	<ul style="list-style-type: none"> • Septic arthritis • Osteomyelitis
Inflammatory disease	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatoid arthritis • Polymyalgia rheumatica • Spondyloarthropathy
Malignancy	<ul style="list-style-type: none"> • Primary • Metastatic
Referred pain from extrinsic location	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiac (acute myocardial infarction, angina) • Upper gastrointestinal (cholecystitis, pancreatitis, gastro-oesophageal reflux disease) • Cervical radiculopathy or myelopathy • Thoracic outlet syndrome (neural, venous, arterial or combined)

2) 견관절 운동성 평가 및 수기치료

- ① 견관절 외전 검사를 시행한다.
- ② 견관절에 불리가 관찰되면 동통호 범위에서 통증을 확인한다.
- ③ 동통호 범위에서 통증이 있으면 견관절과 견갑관절의 움직임 연동을 관찰하여 LOM과 불리를 평가한다.
- ④ 동통호 범위에서 통증이 없으면 Hawkin's Test로 충격증후군을 확인한다.

- ⑤ 충격증후에 의한 통증이 있으면 견삼점(폐·심포경, 삼초·소장경, 대장경)을 수기치료하고[9] 통증여부를 재평가한다.

3) 견정부 평가 및 수기치료

- ① 외전시 견관절은 안정되고 견정부에서 긴장이 관찰되면 소천문을 수기치료한다[8].
- ② 견관절 외전 검사로 견관절 운동성 즉, 견관절 안정성과 견정부 유리를 재평가한다.

4) 견갑대 평가 및 수기치료

- ① 외전시 견관절 안정되고 견정부 유리하며 동통호 범위에서 통증이 없으면 Apley Scratch Test를 응용한 견갑대 개괄검사를 시행한다[16].
- ② 견갑대 개괄검사시 견갑대 불리 관찰되면 고헡혈(BL43)을 중심으로 견갑내연 수기를 시행한다[17].
- ③ 견갑대 개괄검사로 견갑대의 유불리를 재평가한다.

5) 경추 운동성 평가 및 수기치료

- ① 견관절 외전 검사에서 견관절 불리가 관찰되지 않고, 동통호 범위에서 통증이 확인되지 않으며 견관절 과이완이 관찰되면 견관절 수기 이전에 경추 운동성 평가를 시행한다.
- ② 경추의 만곡과 가동성을 평가한다.
- ③ 경추 가동성을 제한하는 인자를 찾아 경추부 수기를 시행하고 경추의 만곡과 가동성을 재평가한다[8].
- ④ 경추의 가동성은 앉은 자세 척추 정렬 평가 및 경추부와 지실부 수기[9]하고 재평가하여 척추의 가동성과 정렬 안정을 같이 평가한다.
- ⑤ 경추의 운동성을 확인하였으면 견관절 외전 검사를 다시 시행하여 견관절 운동성을 확인한다.
- ⑥ 견관절 운동성 문제가 확인되면 견관절 수기를 시행한다[9].

6) 견관절 운동성 재평가

- ① 견관절 외전 검사를 통해 통증 및 기능장애에 대해 재평가한다.

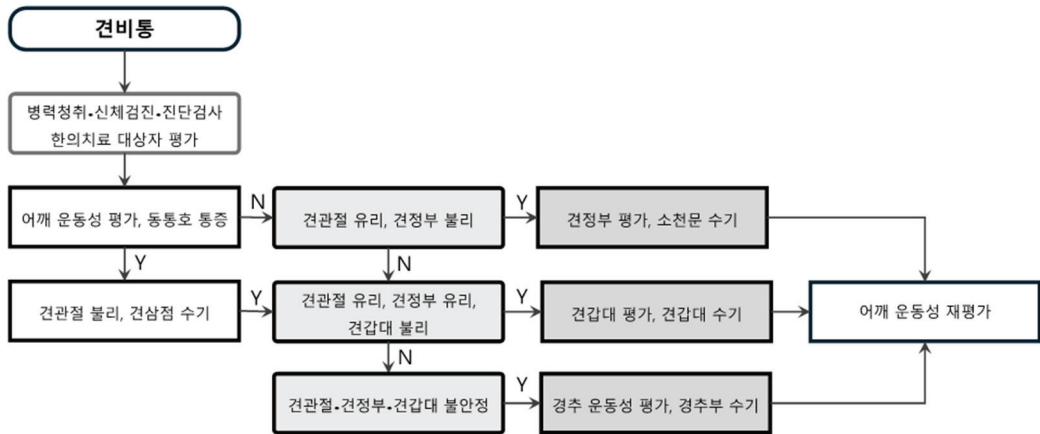


Figure 1 견비통에 대한 휘담식 수기요법의 알고리즘

Ⅲ. 考察 및 結論

견비통은 임상에서 만나는 흔한 증상이다. 환자들은 종종 어깨를 해부학적 부위로 생각하지만, 임상의는 어깨 통증을 어깨 관절 통증 또는 더 좁게는 상완골 관절 통증과 자동으로 동일시해서는 안 된다. 많은 비근골격계 질환은 어깨 통증을 유발한다. 또한 어깨의 운동 범위는 상완골, 견봉쇄골, 흉쇄골, 견갑골의 4가지 관절과 관련 인대, 힘줄, 활액낭, 근육 및 신경혈관 다발을 포함한다. 이러한 구조에 장애가 생기면 어깨에 불편함이 생길 수 있다[14]. 정확한 진단은 주로 간단한 방사선 사진과 함께 세심한 병력과 검사를 통해 알 수 있다. 회전근개 병리학 초음파는 자기공명영상과 동등한 민감도를 가지고 있다. 초음파에서 무증상 회전근개 파열은 흔하기 때문이다. 결과는 항상 환자의 병력과 검사 소견의 맥락에서 영상을 해석하는 것이 중요하다. 만성 어깨 질환은 다학제적 접근을 통해 일반적인 진료 환경에서 성공적으로 치료할 수 있다. 특정 질환에 대해서나 비수술적 관리에 실패한 환자에게는 수술적 접근이 권장된다[15].

견비통 중에 팔의 움직임에 영향을 받는 경우는 대체로 견관절 내인성 원인에 의한 것으로 분류한다. 반대로 팔의 움직임에 영향을 받지 않는 통증은 견관절 외인성 원인에 의한 것으로 분류할 수 있다. 외상 경력 없이 열이 없으면서 능동 수동 움직임에 의한 통증 시 골관절염, AC관절병, 동결견, 통풍, 류마티스성 관절염, 골괴사증, 광범위 회전근개 파열, 류마티스성 다발성 근육염을 의심해야 한다. 열이 없으면서 능동 움직임에만 통증 시 충격증후군, 견봉하 점액낭염, 회전근개 또는 이두근 건염, 회전근개 건병증 또는 파열을 의심해야 한다. 열이 없고 능동 수동 움직임에도 통증 없으면 이학적 검사를 통해 재판단해야 한다. 어깨의 움직임에 영향을 받지 않으면서 어깨에 통증이 있으면 발열, 체중감소, 식은땀 등 전신 증상을 동반하는지 확인하고 위험 신호에 해당 여부를

주의해서 평가해야 한다. 견관절 통증은 종양, 감염, 류마티스 관절염, 기타 신경학적 병변에 의해서도 유발될 수 있다[14].

견비통의 한의치료를 위해서는 우선 병력청취, 신체검진, 진단검사를 통해 위험 신호를 주의하여 한의치료 대상자인지를 판단해야 한다. 견비통 한의치료 대상자에게는 통증 양상과 가동제한, 기능, 삶의 질 측면에서 적절한 치료법을 선택해야 한다. 이때 휘담식 수기요법은 통증에서도 가동제한에서도 효과를 기대할 수 있다. 진료지침은 추나 및 수기요법에 대해 권고등급 B를 부여하였다. 다만, 진료지침에서 다루는 견비통은 어깨 내재적 요인에 중점을 두고 치료법의 효용을 검증하다 보니 기존의 견비통을 유발하는 원인을 견부질환, 경추관절질환, 심폐질환에 의한 삼중으로 분류하고 해당 경락에서 치료점을 찾던 견해[7]와 달리 경추와 상관성에 대해서는 배제하였다. 그에 비해 휘담식 수기요법은 진료지침과 달리 경추와의 상관성 속에서 견비통의 병리를 파악하기 때문에 실제 임상에서는 더욱 유효할 것으로 사료된다. 그러므로 견비통에 대한 휘담식 수기요법의 알고리즘을 정리하는 것이 진료현장에서 임상적용의 기회를 넓힐 것으로 기대하였다.

앞서 휘담식 수기요법의 요통에 대한 임상적용에서 진료흐름도를 구성할 때 중점을 둔 점은 다음과 같다. 첫째, 진료흐름도의 검사·평가와 치료시술은 같은 곳에서 시행한다. 둘째, 지체관절의 유불리를 기혈소통의 기준으로 삼는다. 셋째, 복부 제중부의 적취는 지체관절의 움직임 통제를 한다[13].

견비통에 대한 임상적용에서는 각 단계에서 평가에 따른 수기치료를 시행한 후 통증 및 기능장애를 재평가하여 유불리를 판단하였다. 지체 관절의 유연함은 전통 한의학 치료법인 도인의 치료 목적이며 휘담식 수기요법의 검사 평가의 기준이다. 해당 지체관절의 유불리는 해당부위의 생리적 활성도에 대한 평가기준이다. 병리적 체액 응체 현상인 적취는 해당 지체관절을 불리하게 만들고 기운소통을 막아 통증을 유발하기 때문에 시술자의 손과 기를 이용하여 체액조절과 전신조정의 방법으로 기를 조절하여 적취를 해소하고 기혈소통을 유도함으로써 치료효과를 발휘한다[18]. 부위별 수기치료 시 치료대상인 적취를 찾아 시술한 후 그 효과를 평가할 수 있는 기준을 세울 필요가 있는데 이때 지체관절의 유불리에 대한 검사를 통해 치료평가가 가능하다. 견관절의 병리 특성상 통증과 가동범위 제한을 평가하되 통증해소 기전 중 기기소통에 중점을 두어 수동운동 제한을 유불리 평가의 우선 기준으로 삼았다. 견관절, 견정부, 견갑대, 경추와의 상관성을 중심으로 구성하였으며 경추부 수기에서 견정부와 경추부를 분리하여 서술하였다. 견갑대는 경추부 수기에서 후면부에 속하나 견관절에 대해서 견갑대의 움직임 연동을 관찰하여 개괄검사를 통해 유불리를 판단하므로 분리 서술하였다.

특히 복부 제중부의 적취가 견관절의 통증 및 가동범위에 미치는 영향과 견정부에 미치는 압력을 고려할 때 진료흐름도에서 복부 제중부의 수기치료가 빠진 점은 두 가지 이유를 들 수 있는데 첫째, 견비통의 진료흐름에서 주소증인 어깨 운동성 재평가 이후 추가로 진행할 수 있어 분리하여 서술하였다. 휘담식 수기요법의 연구에서 각 부위별 수기치료를 나열식으로 서술하던 방식에서 벗어나 하나의 진료흐름도를 구성하기 위한 선택이었다. 둘째, 요통의 경우에 상항 평가에서 고관절 골반 요

부와 복부 제주위는 직접적으로 설명할 수 있으나[13] 견비통의 경우 복부 제주위 적취의 상황은 경추부에서 독맥, 방광 1선, 방광 2선으로 상응하여 관찰할 수 있어 경추부 수기에서 음양별 접근이 가능하기 때문이다. 휘담식 수기요법에서는 복부 제주위, 등, 안면 등 인체의 여러 부위를 다루지만 그중 경추 수기는 중심이자 근간을 이룬다. 경추는 머리와 체간을 연결하는 가교 역할을 하는 부위로 뇌에서 내려오는 수많은 신경선들과 기운의 흐름선들이 통과하므로 인체의 정신활동과 육체 활동을 연결시켜 주는 인체의 가장 중요한 통로가 되고, 이를 조절함으로써 상하 좌우 전후의 편차를 조정하여 한쪽으로 기울어지지 않게 음양을 조절하여 균형을 잡을 수 있으므로, 경추 수기는 본격적인 치료를 시작하기 전 근간을 잡아주는 의미를 지닌다[8]. 또한 경추부는 제중부와 더불어 기경팔맥 중 대맥이 작용하는 대표적인 부위이다. 휘담식 수기요법에서는 대맥을 인체에 떠 모양으로 두르고 있는 구조물에서 작용한다고 보는데 체간에서는 제주위가 해당하고 손목, 발목, 경추부가 같은 역할을 하고 있다고 본다. 기경팔맥은 순행과정에서 기타의 경과 교차 교점됨으로써 각 경맥 사이를 긴밀하게 소통시키는데, 대맥은 체간부의 경맥을 구속하고 경기를 조절하는 기능을 하는 까닭에 요복부를 순행하는 경맥이 모두 대맥의 구속을 받으므로 이들 경맥을 통대(統帶)하는 작용을 한다[19, 20]. 사관과 대맥은 체간과 사지를 연결하고 소통시켜 장부기능을 활성화시키는 역할을 하는 부위로 기기소통을 살필 때 우선적으로 관찰하며 치료점을 찾는 자리이다. 그러므로 견관절에 대한 진료흐름도에서는 경추부의 평가를 통해 체간의 제주위의 적취 상황을 살펴볼 수 있다. 방광경 2선의 긴장 및 적취는 태음 비습증과 신허증, 음증으로 분류할 수 있다. 방광경 1선의 긴장 및 적취는 양명조급 대장실증, 위실증과 양증으로 분류할 수 있다. 독맥에 가깝게 또는 독맥선 상의 긴장 및 적취는 소음 신실증과 수승화강 불리에 의한 심허증으로 분류할 수 있어 견비통의 진단 및 치료점으로 선택할 수 있다.

견비통에 대한 휘담식 수기요법의 임상적용은 한의학의 조기치신 치료원리에 따라 인체의 기흐름 편차 현상인 적취 병리이론으로 견비통을 해석하고 접근한 방법이다. 만성 견비통의 한의치료 대상자는 견관절과 경추의 연관성에서 진단과 치료가 중점적으로 시행되며 각 부위의 유불리로 평가한다. 향후 견비통에 대한 휘담식 수기요법의 임상 증례에 대한 연구를 실시할 예정이며, 본 논문은 진료현장에서 많은 임상적용의 기회를 돕고자 하는 취지에서 제언하는 바이다.

IV. 參考文獻

1. Cancer Registration and Statistics [Internet]. Ministry of Health and Welfare. 2021 [cited 2024.06.15.]. Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_117N_A00021&conn_path=I2.
2. Sin HJ, Yoon IJ, Oh MS. *Consideration of Literatures on the Treatment of Pain in Shoulder and Arm Based on Oriental Medicine*. DaeJeon University Oriental Medicine Research Institute symposium. 2007;16(1):139-46.
3. Kim DC, Ahn SG, Kim CB. *Clinical study on pain of shoulder and arm*. J Korean Med.

- 1987;8(2):56-61.
4. KIOM, KRM. KMCPG-Shoulder pain in adults. Seoul: Elsevier Korea; 2015.
 5. KRM, Yeom SR, Seo JH, Baek YH, Park YC, Kim SY, et al. Shoulder Pain - Clinical Practice Guideline of Korean Medicine. Gyeongsan: NIKOM GKoM; 2020.
 6. Song YK, Park TY, Cho Jh, Hwang EH, Lee JH, Rehabilitation KM. Clinical practice guideline for post-operative back syndrome of Korean medicine. Gyeongsan: National Institute for Korean Medicine Development Guidline center for Korean Medicine; 2021.
 7. Kim KS. *The letter on acupuncture and moxibustion for the pain of shoulder and arm.* J Korean Med. 1984;5(1):58-61.
 8. Beag JY, Cho MG, Bae JR, Kang HJ, Kim JC, Lee JH, et al. *Introduction of Whidam's Su-Gi therapy - Focused on Cervical spine.* Medical Gigong. 2017;17(1):24-51.
 9. Lee KH, Ji JO, Lee MJ, Lee GN. 手氣療法를 이용한 肩關節 疾患 治療의 臨床的 研究. J of Korean Academy of Medical Gi-Gong. 2000;4(2):28-44.
 10. Na SS, Kim SS, Park JS, Lee GN. 肩臂痛의 手指相應療法과 氣功療法에 대한 臨床的 研究. J of Korean Academy of Medical Gi-Gong. 1998;2(1):25-34.
 11. Lee JH, Ahn HM, Hong SC, Lee EM. *The Clinical study of Su-Gi therapy's Effects on Bell's palsy by observing of Y-system.* J of Korean Academy of Medical Gi-Gong. 2015;15(1):109-36.
 12. Shin MK. *A Study about Physiological and Functional Roles of Cervial Spinal Area for Space Spine Manipulation.* The Journal of Association of Spinal Manipulation \$Diagnostic method. 2013;2(1):1-8.
 13. Ahn HM, Chang SJ, Kang HJ. *Clinical application of Whidam's Su-Gi therapy to Low back pain.* Medical Gigong. 2022;21(1):13-21.
 14. Keenan CR, Blotzer JW. Chapter 52. Shoulder Pain. In: Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW, editors. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012.
 15. Crookes T, Wall C, Byrnes J, Johnson T, Gill D. *Chronic shoulder pain.* Aust J Gen Pract. 2023;52(11):753-8.
 16. Travell JG, Simons DG, LEE GU. *Clinical Pain.* Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction. Seoul: Yeongmun Publishing Company; 2003.
 17. Choi JY, Huh J, Chong MS, Lee KN. *A Study on Thermographic Change of DITI by Sugi Therapy.* J of Korean Academy of Medical Gi-Gong. 2009;11(1):59-79.
 18. Ahn HM, Lee JH, Na SS. *A Study on the Angyo Method of Doin Angyo - Whidam's Su-Gi Therapy Based on the Principles of Medical Gigong.* Medical Gigong. 2019;19(1):1-24.
 19. Chae WS. *韓醫學概論.* Seoul: Daeseong munhwasa; 1997.
 20. Yang SJ, Jin CS, Cho MR. *Study on Dai Meridian(帶脈) and Meridian Points(經穴) of Joining with Circulation of Dai Meridian through Literatures of Every Generation.* Korean Journal of Acupuncture. 2001;18(01):105-16.