

Patients' Compliance for the Conservative Treatment of the Elbow Epicondylitis

Do-Yun Kim¹, Chang-Hun Lee²,
Bo-Hyun Kim¹, Kwang-Hyun Lee¹

¹Department of Orthopedic Surgery, Hanyang University College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Orthopedic Surgery, KEPCO Medical Center, Seoul, Korea

Received: January 19, 2013

Revised: March 5, 2013

Accepted: March 6, 2013

Correspondence to: Kwang-Hyun Lee
Department of Orthopaedic Surgery,
Hanyang University Hospital,
Hanyang University College of Medicine,
222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu,
Seoul 133-791, Korea
TEL: +82-2-2290-8482
FAX: +82-2-2299-3774
E-mail: leegh@hanyang.ac.kr

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Purpose: To measure the level of compliance to conservative treatment of epicondylitis and to identify factors affecting compliance.

Methods: This study included 104 patients who were treated non-operatively for epicondylitis of the elbow from 2009 to 2011. At the time of initial visit, all patients had thorough explanation about diagnosis, cause and pathophysiology of the disease, and were recommended to wait-and-see or to have steroid injection. At minimum of 6 month's follow-up, we performed telephone survey including patient's level of perception about the disease, maintenance of initial treatment method, and final symptom relief. Statistical analysis was performed using chi-square test, Fisher's exact test and logistic regression analysis.

Results: Of the 104 patients, 82 (78.8%) patients maintained initial treatment methods. 23 (22.1%) remembered exact diagnosis and mechanism of the disease, 49 (47.1%) remembered cause or mechanism but not about the diagnosis, and 32 (30.8%) didn't know about the diagnosis nor mechanism. Compliances of those groups were 73.9% (17/23), 79.6% (39/49), and 81.3% (26/32), respectively, and the differences were not statistically significant ($p=0.7934$). Initial pain (odds ratio=0.7, $p=0.0293$) and the compliance (odds ratio=6.13, $p=0.0015$) were significant predictors of final symptom relief.

Conclusion: There were no factors including perception level that proved to affect the compliance. Since higher compliance led to more successful outcome, further research on factors that increase compliance may be needed.

Keywords: Epicondylitis, Conservative treatment, Compliance, Perception

서론

상과염은 매우 흔한 정형외과적 질환 중의 하나로 병리학적으로 보았을 때 건의 염증성 변화보다는 혈관 섬유모세포성 증식을 보이는 퇴행성 변화에 의한 건의 질환으로 알려져 있다¹⁻⁴. 상과염의 주된 치료는 비수술적인 방법이며 약 90%의

환자들이 보존적 요법으로 호전된다. 비수술적 치료 방법으로 기다려 보기(wait-and-see), 스테로이드 국소주사, 물리치료, 운동요법 외에도 혈소판 풍부 혈장 주사(platelet-rich plasma injection), 인대증식 주사(prolotherapy), 체외충격파 치료(extracorporeal shockwave therapy) 등이 알려져 있으나 그 치료 효과에 대해서는 논란이 많다⁵⁻¹³. Boisaubert

등¹⁴은 문헌상에서 1966년부터 2003년까지 시행된 외상과염의 비수술적 치료에 대한 연구들을 분석한 결과 스테로이드 국소 주사가 단기적으로는 가장 좋은 치료 방법이고 장기적으로 보았을 때는 물리치료와 기다려보기가 효과에 유의한 차이가 없다고 하였다.

저자들은 대부분의 상과염이 자연적으로 호전된다는 전제 하에 환자들에게 기다려보는 방법을 권유하거나 증상이 심한 경우에는 스테로이드 국소 주사를 통해 통증을 완화시키는 방법이 효과적이며 근거가 뚜렷한 보존적 치료라고 생각하였다. 하지만 상과염의 발생 후 자연 호전되기까지 기간이 수개월에서 수년이므로 환자들의 보존적 치료에 대한 순응도가 떨어질 수 있다¹⁵⁻¹⁷. 저자들은 이러한 순응도에 가장 영향을 미치는 것은 환자들의 병에 대한 인식, 즉 병명의 인지 여부나 병의 발생 원인 및 기전에 대해 알고 있는 정도라고 생각하였다. 따라서 본 연구에서는 병에 대한 정확한 인식이 있는 환자가 보존적 치료에 대한 순응도가 높을 것이라는 가설 하에 상과염 환자들의 인식도, 순응도, 및 순응도에 영향을 미치는 인자들을 알아보고자 하였다.

대상 및 방법

2009년부터 2011년 사이에 본원 외래를 방문하여 주관절 내상과염 혹은 외상과염 진단 하에 보존적 치료를 시행하였으며 최초 진단일로부터 6개월 이상 경과한 152명의 환자를 대상으로 후향적 연구를 시행하였다. 추시 도중 증상의 호전이 없어 본원에서 수술을 시행받은 21명을 제외한 131명을 대상으로 전화 설문을 실시하였으며 이 중 진료받은 기억이 나지 않는다고 답한 4명, 연락처 변경으로 통화가 불가능했던 17명, 설문에 응답을 거부한 6명을 제외한 104명이 최종 연구 대상이 되었다.

상과염의 진단은 병력 청취, 이학적 검사 및 단순 방사선 검사로 시행하였다. 주관절의 통증을 호소하는 환자에서 외상과부에 압통이 있으면서 손목의 저항성 신전을 시킬 때 통증이 발생하는 경우 외상과염으로 진단하였고, 내상과부에 압통이 있으면서 손목의 저항성 굴곡과 전완부 회내전 시에 통증이 발생하는 경우 내상과염으로 진단하였다. 또한 단순 방사선 검사를 시행하여 동반된 석회화 건염이나 감별이 필요한 질환의 유무를 확인하였다¹⁸⁻²⁰. 환자들에게 병명과 함께 병의 원인 및 기전을 설명하여 상과염의 자제한정(self-limiting)적인 경과에 대해 최대한 이해할 수 있도록 하였다.

치료로써 환자들에게 우선적으로 휴식 및 기다려보기(wait-and-see)를 권장하였고 스테로이드 국소 주사에 대해 설명하

여 원하는 환자에 한하여 주사요법을 시행하였다. 약물치료는 통증이 심하여 처방을 원하는 환자에게만 단기간에 한하여 시행하였다.

전화 설문을 시행하여 병에 대한 인식 정도, 권유 받은 치료의 유지 여부, 최종 증상 호전 유무, 타 의료기관 치료 유무, 발병 전 노동 정도, 발병 당시 통증의 중증도, 발병 후 직업 변경 유무를 조사하였다(Fig. 1). 병에 대한 인식도를 평가하기 위해 정확한 병명 및 기전을 기억하는 환자(상), 정확한 병명은 모르지만 발병 원인이나 기전을 알고 있는 환자(중), 병명 및 기전 모두 기억하지 못하는 환자(하)로 분류하였고 상 또는 중에 해당하는 환자는 병에 대한 인식이 있는 것으로 간주하였다. 치료 방법으로 본원에서 권유한 기다려보기나 스테로이드 주사 요법을 유지하지 않고 다른 의료기관에서 혈소판 풍부 혈장(platelet-rich plasma) 주사, 인대증식 주사(prolotherapy), 체외충격파(extracorporeal shock-wave therapy), 물리치료, 침술, 수술 등의 방법으로 치료를 받은 경우는 비순응(non-compliance)으로 간주하였다. 타 의료기관에서 치료를 받은 경우 그 방법을 선택한 이유와 증상의 호전 유무를 조사하였다. 발병 전 노동의 정도를 상, 중, 하로 나누어 분류하였으며, 발병 당시 통증의 척도로 visual analogue scale (VAS)를 이용하였다.

통계학적인 분석은 SAS ver. 9.2 (SAS Institute, Cary, NC, USA)를 이용하였다. 카이제곱 검정(chi-square test), Fisher의 정확 검정법(Fisher's exact test) 및 로지스틱 회귀 분석(Logistic regression)을 통해 순응 여부에 영향을 주는 변수를 분석하였고, 최종 증상 호전에 따른 로지스틱 회귀분석을 함께 시행하였다.

결과

총 104명의 환자 중 남자가 36명, 여자는 68명이었으며, 평균 나이는 50.9세(범위: 36-66세)이었다. 치료방법으로 기다려보기를 권유 받은 환자는 57명(54.8%), 스테로이드 주사를 맞은 환자는 47명(45.2%)이었고, 최초 진단일로부터 전화 설문까지의 평균 기간은 24.4개월(범위: 6-44개월)이었다. 발병 전 노동 정도는 상, 중, 하가 각각 36명(34.6%), 45명(43.3%), 23명(22.1%)이었고 발병 당시 평균 통증 정도는 6.2(범위: 2-10)로 나타났다. 발병 후 직업을 변경한 사람은 24명(23.1%)이었다.

본원에서 권유한 보존적 치료 방법을 계속 유지한 환자는 82명(78.8%)이었다. 전체 환자 중 치료 방법에 상관없이 최종적으로 증상이 호전된 환자는 80명(76.9%), 호전되지 않았던

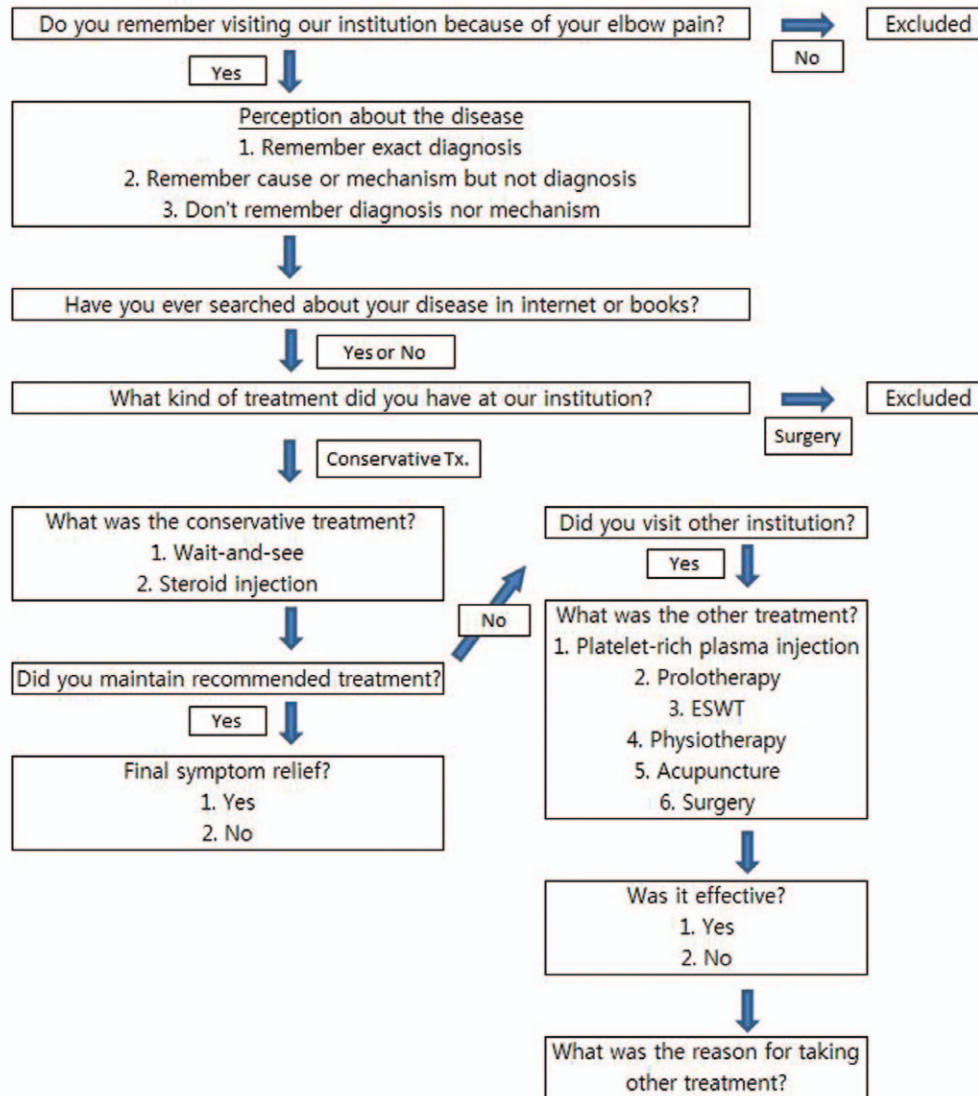


Fig. 1. Flow diagram for telephone survey.

환자는 24명(23.1%)이었고 이 중에 각각 70명(87.5%), 12명(50.0%)이 보존적 치료 방법을 유지한 것으로 나타났다. 다른 의료기관을 찾았던 환자 22명이 받은 치료법은 혈소판 풍부 혈장 주사(3명), 인대증식 주사(2명), 체외충격파(6명), 물리치료(5명), 침술(5명), 수술(1명)이었고, 그 이유는 보존적 치료가 효과가 없다고 생각함(12명), 더 빠른 호전을 원함(4명), 증상의 재발(3명), 주변의 추천(1명) 등이었다.

Table 1은 범주형 변수에 대하여 순응 여부에 따라 차이가 있는지 분석한 결과이다. 병에 대한 인식도는 상, 중, 하가 각각 23명(22.1%), 49명(47.1%), 32명(30.8%)이었다. 이 중 보존적 치료에 순응한 환자는 각각 17명(73.9%), 39명(79.6%), 26명(81.3%)이었고 통계학적으로 유의한 차이는 없었다($p=0.7934$). 상과염에 대해 인터넷 검색이나 책을 통해 알아

본 적이 있는 환자는 24명(23.1%), 알아본 적 없는 환자는 80명(76.9%)이었고, 이 중 보존적 치료에 순응한 환자는 각각 18명(75.0%), 64명(80.0%)으로 통계학적인 의미는 없었다($p=0.5989$).

Table 2는 보존적 치료에 대한 순응 여부에 따른 다변량 로지스틱 회귀분석으로 결과는 모두 유의하지 않았다. 최종 증상 호전 여부에 따른 단변량 로지스틱 회귀분석에서는 발병 당시 통증 정도($p=0.0129$), 순응 여부($p=0.0002$)가 유의한 변수로 나타났다(Table 3). 다시 이 두 가지 변수로 다변량 로지스틱 회귀분석을 한 결과 두 변수 모두 유의하였으며 odds ratio는 각각 0.70, 6.13이었다(Table 4).

Table 1. Comparison between compliance and non-compliance group

Variables	Compliance (n=82)	Non-compliance (n=22)	p-value [†]
Treatment			0.3208
Wait-and-see	47 (57.32)	10 (45.45)	
Steroid injection	35 (42.68)	12 (54.55)	
Perception			0.7934
High	17 (20.73)	6 (27.27)	
Moderate	39 (47.56)	10 (45.45)	
Low	26 (31.71)	6 (27.27)	
Searching for information			0.5989
Yes	18 (21.95)	6 (27.27)	
No	64 (78.05)	16 (72.73)	
Occupational grading			0.4071 [†]
High	26 (31.71)	10 (45.45)	
Moderate	38 (46.34)	7 (31.82)	
Low	18 (21.95)	5 (22.73)	
Change in occupation			0.5989
Yes	18 (21.95)	6 (27.27)	
No	64 (78.05)	16 (72.73)	

Values are presented as number (%).

*Chi-square test, [†]Fisher's exact test.

Table 2. Predictors of compliance

Variables	Multivariate logistic regression		
	Odds ratio	95% Confidence interval	p-value
Age	0.99	0.92–1.06	0.7060
Treatment			
Wait-and-see	Reference		
Steroid injection	0.66	0.23–1.94	0.4492
Perception			
High	Reference		
Moderate	1.89	0.47–7.55	0.3701
Low	1.01	0.20–5.13	0.9941
Searching for information			
Yes	1.09	0.25–4.78	0.9045
No	Reference		
Occupational grading			
High	1.34	0.27–6.54	0.7208
Moderate	1.64	0.40–6.77	0.4945
Low	Reference		
Initial pain score	0.77	0.53–1.13	0.1846
Change in occupation			
Yes	1.30	0.33–5.18	0.7087
No	Reference		

고찰

주관적 상과염의 보존적 치료 방법으로 여러 가지가 알려져 있지만 어떤 것이 최선의 방법인가에 대해서는 아직 논란의

여지가 있다. Szabo²¹은 외상과염의 여러 치료 방법에 대한 검토에서 아직까지 질환의 자연 경과, 즉 ‘기다려 보기’ 보다 더 나은 치료법을 밝혀낸 논문은 없다고 하였으며, Smidt 등²²도 13예의 randomized, controlled trial을 살펴본 결과 외상과

Table 3. Univariate predictors of final symptom relief

Variables	Univariate logistic regression		
	Odds ratio	95% Confidence interval	p-value
Age	0.98	0.92–1.04	0.4846
Treatment			
Wait-and-see	Reference		
Steroid injection	0.63	0.25–1.57	0.3159
Perception			
High	Reference		
Moderate	0.63	0.20–2.01	0.4353
Low	1.94	0.46–8.22	0.3661
Occupational grading			
High	0.48	0.13–1.74	0.2629
Moderate	0.84	0.23–3.10	0.7959
Low	Reference		
Initial pain score	0.71	0.55–0.93	0.0129
Change in occupation			
Yes	0.66	0.23–1.84	0.4213
No	Reference		
Compliance			
Yes	7.00	2.48–19.78	0.0002
No	Reference		

Table 4. Multivariate predictors of final symptom relief

Variables	Multivariate logistic regression		
	Odds ratio	95% Confidence interval	p-value
Initial pain score	0.70	0.51–0.97	0.0293
Compliance			
Yes	6.13	2.00–18.81	0.0015
No	Reference		

Included only significant variables from Table 3.

염에 대한 스테로이드 주사 요법이 단기간에는 효과가 뛰어나지만 중/장기적으로는 이점이 없었고 장기적으로는 물리치료를 기다려 보기가 최선의 방법이었다고 하였다.

저자들은 병의 경과가 자기한정적인 이유에서뿐만 아니라 비용 대 효과 측면에서도 기다려 보거나 스테로이드 주사요법을 시행하는 것이 적절한 보존적 치료라고 생각하였다. 단, 스테로이드 주사요법을 사용하는 경우에는 환자에게 주사로 인하여 자연적인 질환의 치유 기간이 늘어날 수 있다는 부연 설명을 하였다. 본 연구에서 보존적인 치료에 순응했던 환자들 82명은 최종 추사에서 85.4% (70/82)가 증상이 호전된 반면 순응하지 않았던 22명은 45.5% (10/22)에서 증상 호전이 있었다.

상과염은 자기한정적인 질환이지만 자연 호전될 때까지의 시간이 짧지 않으므로 환자들은 보존적 치료가 효과가 없다고

느끼기 쉽고 순응도가 떨어질 가능성이 높다. 특히 단순 경과 관찰을 하겠다고 설명하였을 때 병에 대한 이해가 부족한 환자라면 병원을 여기저기 방문하게 되는 경우가 많다. 따라서 저자들은 외래에서 환자들이 상과염에 대해 올바르게 이해할 수 있도록 설명하기 위해 노력하였고, 환자들의 인식도가 높을수록 보존적 치료에 대한 순응도가 높을 것이라고 생각하였다. 그러나 Fisher의 정확검정(Table 1) 및 로지스틱 회귀분석(Table 2) 결과 모두에서 인식도에 따른 순응도에 유의한 차이가 없었고, 따라서 저자들이 세웠던 가설-상과염에 대한 정확한 인식이 있는 환자가 보존적 치료에 대한 순응도가 높을 것이다-은 타당하지 않았다. 또한 치료 방법, 병에 대한 인식도, 검색 여부, 발병 당시 통증 정도, 나이 중에서도 순응도와 관련하여 유의한 변수를 찾을 수 없었다(Tables 1, 2).

반면 최종 증상 호전에 따른 로지스틱 회귀분석에서는 치료

방법, 병에 대한 인식도, 발병 후 직업 변경 여부는 유의한 변수가 아니었지만, 발병 당시 통증 정도와 순응 여부는 최종적인 증상 호전에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Tables 3, 4). 발병 당시의 통증이 심할수록 최종적으로 호전될 확률이 낮았으며(odds ratio=0.70), 보존적인 치료에 순응한 환자가 그렇지 않은 환자에 비해 호전될 확률이 높았다(odds ratio=6.13).

증상이 심하거나 재발하여 결국 수술을 시행한 환자는 본 연구 대상에서 제외되었지만 보존적 치료를 시행한 환자 중에서도 자연히 호전되지 않고 수술적 치료가 필요한 불응성 상과염 환자가 존재할 수 있다^{23,24}. 본 연구에서는 치료 방법에 상관없이 23.1%의 환자에서 증상이 호전되지 않았고, 저자들은 이러한 불응성 환자군이 통계분석에 바이어스(bias)로 작용했을 가능성도 있다고 생각하였다. 불응성 환자들이 본원 방문 후 병에 대한 인식은 생겼으나 통증이 지속되거나 재발하여 권유 받은 치료를 유지하지 못했다면 인식도와 상관없이 순응도는 떨어졌을 것이다.

본 연구의 제한점은 우선 16명의 환자에서 추시 기간이 12개월 미만으로 보존적 치료의 효과를 보기에 부족할 수 있었다는 점을 들 수 있다. 두 번째로 전화 설문 당시 파악한 환자들의 병에 대한 인식이 다른 의료기관에서 얻은 정보에 의한 것일 수 있으며, 또한 치유된 지 오래된 환자가 설문에 응답한 경우 인식도가 발병 당시에 비해 떨어진 것으로 나타났을 가능성이 있다. 마지막으로 일부 환자에서 병행한 약물 치료에 결과에 영향을 미쳤을 가능성도 있지만 약물은 대부분 단기간에 한해 투여하여 장기 추시에는 영향이 없었을 것으로 생각하였다.

결론

상과염의 비수술적 치료는 다양하지만 환자가 질환에 대해 잘 이해하고 있다면 기다려 보거나 스테로이드 주사만으로도 만족할 만한 결과를 얻을 수 있을 것으로 보인다. 인식도가 높을수록 보존적 치료에 대한 순응도가 높을 것이라는 가설은 타당하지 않았다. 그러나 순응도가 높을수록 최종 증상 호전을 얻는 경우가 많았으므로 병에 대한 인식 외에 순응도를 높일 수 있는 방법을 찾는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

REFERENCES

- Sharma P, Maffulli N. Tendon injury and tendinopathy: healing and repair. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:187-202.
- Ljung BO, Lieber RL, Friden J. Wrist extensor muscle pathology in lateral epicondylitis. *J Hand Surg Br.* 1999; 24:177-83.
- Kraushaar BS, Nirschl RP. Tendinosis of the elbow (tennis elbow). Clinical features and findings of histological, immunohistochemical, and electron microscopy studies. *J Bone Joint Surg Am.* 1999;81:259-78.
- Faro F, Wolf JM. Lateral epicondylitis: review and current concepts. *J Hand Surg Am.* 2007;32:1271-9.
- Gunduz R, Malas FU, Borman P, Kocaoglu S, Ozcakar L. Physical therapy, corticosteroid injection, and extracorporeal shock wave treatment in lateral epicondylitis: clinical and ultrasonographical comparison. *Clin Rheumatol.* 2012;31:807-12.
- Stahl S, Kaufman T. The efficacy of an injection of steroids for medial epicondylitis: a prospective study of sixty elbows. *J Bone Joint Surg Am.* 1997;79:1648-52.
- Viola L. A critical review of the current conservative therapies for tennis elbow (lateral epicondylitis). *Australas Chiropr Osteopathy.* 1998;7:53-67.
- Haake M, Konig IR, Decker T, et al. Extracorporeal shock wave therapy in the treatment of lateral epicondylitis: a randomized multicenter trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84:1982-91.
- Placzek R, Drescher W, Deuretzbacher G, Hempfing A, Meiss AL. Treatment of chronic radial epicondylitis with botulinum toxin A: a double-blind, placebo-controlled, randomized multicenter study. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:255-60.
- Wolf JM, Ozer K, Scott F, et al. Comparison of autologous blood, corticosteroid, and saline injection in the treatment of lateral epicondylitis: a prospective, randomized, controlled multicenter study. *J Hand Surg Am.* 2011;36:1269-72.
- Lee HJ, Chung MS, Kim SH, Kim J, Baek GH. Comparison of wrist extension stretching exercise and a wait-and-see policy for treatment of lateral epicondylitis. *J Korean Soc Surg Hand.* 2011;16:72-7.
- Oh JH, Lhee SH, Park JY, Choi HW, Jeon SH, Eom JS. Extracorporeal shock wave therapy versus platelet-rich plasma injection for the treatment of lateral epicondylitis: a prospective randomized clinical trial. *J Korean Soc Surg Hand.* 2011;16:241-6.
- Ko SH, Lee CC, Kang BS, Lee KJ, Lee SH. Treatment of refractory lateral epicondylitis with platelet-rich plasma. *J Korean Shoulder Elbow Soc.* 2010;13:58-63.

14. Boisaubert B, Brousse C, Zaoui A, Montigny JP. Nonsurgical treatment of tennis elbow. *Ann Readapt Med Phys.* 2004;47:346-55.
15. Kivi P. The etiology and conservative treatment of humeral epicondylitis. *Scand J Rehabil Med.* 1983;15:37-41.
16. Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow: its course, natural history, conservative and surgical management. *J Bone Joint Surg Am.* 1973;55:1177-82.
17. Binder AI, Hazleman BL. Lateral humeral epicondylitis: a study of natural history and the effect of conservative therapy. *Br J Rheumatol.* 1983;22:73-6.
18. Tschantz P, Meine J. Medial epicondylitis. Etiology, diagnosis, therapeutic modalities. *Z Unfallchir Versicherungsmed.* 1993;86:145-8.
19. Wanivenhaus A. Differential diagnosis of epicondylitis humeri radialis. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 1986;124:775-9.
20. Lacapere J, Ariche JJ. Diagnosis and treatment of epicondylitis. *Sem Hop Ther Paris.* 1963;39:202-4.
21. Szabo RM. Steroid injection for lateral epicondylitis. *J Hand Surg Am.* 2009;34:326-30.
22. Smidt N, van der Windt DA, Assendelft WJ, Deville WL, Korthals-de Bos IB, Bouter LM. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2002;359:657-62.
23. Edwards SG, Calandruccio JH. Autologous blood injections for refractory lateral epicondylitis. *J Hand Surg Am.* 2003;28:272-8.
24. Regan W, Wold LE, Coonrad R, Morrey BF. Microscopic histopathology of chronic refractory lateral epicondylitis. *Am J Sports Med.* 1992;20:746-9.

주관절 상과염의 보존적 치료에 대한 환자들의 순응도

김도윤¹ · 이창훈² · 김보현¹ · 이광현¹

¹한양대학교 의과대학 정형외과학교실, ²한전병원 정형외과

목적: 주관절 상과염의 보존적 치료에 대한 환자들의 순응도를 측정하고 순응도에 영향을 미치는 인자를 알아보고자 하였다.

대상 및 방법: 2009년부터 2011년까지 상과염에 대해 보존적 치료를 받은 환자를 대상으로 하였다. 최초 내원으로부터 6개월 이상 경과 후 전화 설문을 통해 보존적 치료 유지 여부, 타 의료기관 치료 유무, 병에 대한 인식도, 최종 증상 호전 유무 등을 조사하였다.

결과: 총 104명의 환자 중 본원에서 권유한 보존적 치료를 유지한 환자는 82명(78.8%)이었다. 병에 대한 인식도, 치료 방법, 최초 통증 정도 등은 순응도와 통계적으로 유의한 관계가 없었다. 한편 최초 통증 정도, 순응도는 최종 증상 호전 유무에 대한 유의한 예측인자였다.

결론: 상과염의 보존적 치료에 대한 순응도에 영향을 미치는 인자는 찾을 수 없었다. 그러나 순응도가 높을수록 최종 증상 호전을 얻는 경우가 많았으므로 순응도를 높이는 방법에 대한 추가 연구가 필요할 것으로 생각된다.

색인단어: 상과염, 보존적 치료, 순응도

접수일 2013년 1월 19일 수정일 2013년 3월 5일

게재확정일 2013년 3월 6일

교신저자 이광현

서울특별시 성동구 왕십리로 222

한양대학교병원 정형외과학교실

TEL 02-2290-8482 FAX 02-2299-3774

E-mail leegh@hanyang.ac.kr

*본 논문의 요지는 2012년도 대한정형외과학회 추계학술대회 및 2012년도 대한수부외과학회 추계학술대회에서 발표되었음.