

〈자유연제 IV 14:30 ~ 15:20〉

Key-hole 술식을 이용한 급성 견봉쇄골관절 탈구의 치료 -예비보고 -
Key-hole Technique in Treatment of A-C Dislocation
-Preliminary Report-

최창혁 · 권광우 · 김신근 · 이상욱 · 김경호
대구효성가톨릭대학교 의과대학 정형외과학교실

서론: 견봉쇄골관절의 탈구, 특히 젊은 사람의 Grade III 이상의 급성탈구의 경우, 치료 결과는 관절운동시의 동통 및 운동력의 회복정도에 따라 결정된다. 이 경우 동통의 원인으로써 견봉쇄골관절염, 견봉하중후군등을 생각할 수 있으며 이에 따라 수술시 쇄골외측단 절제 및 견봉하 감압술등을 같이 시행해주기도 한다. 그러나 견봉쇄골관절의 경우, 90도 이상의 견관절거상시 쇄골의 거상 및 외회전이 동반되며 이때 견봉을 포함한 견갑골의 효과적인 거상과 삼각근 및 승모근의 부착부위로서 근력유지에 중요한 역할을 할 것으로 알려지고 있어, 가능한 한 견봉쇄골관절을 유지하는 것이 좋을 것으로 생각되었다. 견봉쇄골관절의 유지를 위해서는 오구쇄골관절의 안정이 필수적이며 따라서 안정적인 오구견봉관절의 고정과 다소간의 회전운동을 허용하는 견봉쇄골관절의 수복이 견봉쇄골탈구 치료의 요점이라 할 수 있다.

수술방법: 본 교실에서는 오구쇄골간의 안정적인 정복유지를 위해 오구쇄골간의 고리(No.1 PDS #3)를 이용하였으며, 오구쇄골인대를 봉합하고(No.1 Ethibond), 오구골편(0.5x0.5cm)을 포함한 오구견봉인대를 쇄골의 상부에 Key-hole를 만들어 고정하였다. 이후 견봉쇄골관절을 제 위치에 유지시킨 후 Steinmann pin으로 관절면의 중앙을 지나도록 삽입하고 파열된 견봉쇄골인대를 흡수성봉합사(No.1 Vycryl)를 이용하여 고정하였다. 오구쇄골간의 술식으로 견봉쇄골관절의 안정적인 정복을 얻은 경우에는 견봉쇄골관절의 고정을 생략했다. 방사선투시기를 이용하여 정복상태를 확인 후 삼각근 및 승모근을 골막과 함께 봉합하였다. 술후 고정 및 운동은, 조기에 팔걸이 붕대 및 추운동을 시행함으로써 고정으로 인한 관절염의 병발 및 연부조직의 구축을 방지하고자 하였다.

결과: 1997년 12월부터 1998년 3월까지 GIII의 견봉쇄골관절 탈구로 내원하여 상기 방법으로 수술적 치료를 시행한 6명의 환자에 대해 최소 10개월, 평균 12개월의 추시관찰 결과 다음과 같은 소견을 보였다.

1. 평균연령은 40세(18 - 61)로써 전례에서 남자이었으며 손상의 원인은 교통사고 4례, 추락 및 타박상 각 1례씩이었다.
2. 동반손상등으로 인하여 수술적 치료가 지연된 2례를 제외한, 3례에서 수상후 1주일 내에 수술적 치료를 시행했으며, 팔걸이붕대 착용운동은 1주일째부터, 추운동은 술 후 평균 2주에 시행하였다.
4. 오구쇄골간격비(CCI)는 수상시 평균 2.1, 술후 평균 1.2, 6개월후 추시관찰상 평균 1.24로 나타났으며, 1례에서 정복소실로 인한 재탈구 소견을 보였다.
5. 운동통 및 야간통은 술후 약 2.5개월에 소실되었고, 건축과 비교하여 90%이상의 거상운동 범위의 회복은 평균 2.6개월에 얻었으며, 단순방사선촬영을 통한 운동분석(Motion analysis) 결과 술후 6개월에 90도의 견갑외전까지는 정상적인 GH/ST각의 회복 소견을 보였으며, 90도 이상 최대거상시 까지는 건축에 비해 ST분율이 증가된 상태이었다.

결론: Imatani의 판정법에 의한 기능적 평가는 재탈구소견을 보인 1례를 제외한 5례에서 우수한 결과를 보인 바, 젊은 연령층에서 GIII 이상의 급성탈구의 경우 Key-hole 방법이 견봉쇄골관절 탈구의 치료에 있어 유용한 한 방법으로 생각되며 보다 많은 증례에 대한 장기간의 추적관찰을 요할 것으로 사료되었다.