

섬유조직염 환자의 질병 특성과 치료행태

한 상 숙*·강 현 숙**

Disease Characteristics and Behavior Pattern of Treatment for Patient with Fibromyalgia

Han, Sang Sook* · Kang, Hyun Sook**

The purpose of the study was to identify disease characteristics and behavior pattern of treatment for patients with Fibromyalgia. This study was carried out between May to Aug. in 1998 through direct interview in Rheumatism clinic at H. University Hospital and subject in this study were 125 outpatients diagnosed with Fibromyalgia. Collected data were analyzed by descriptive statistics and t-test, ANOVA using SPSS Window program.

The results of this study are as follows.

1. General Characteristics : All of the persons with Fibromyalgia were female who were mostly in their forties(37.5%). A third of them(38.4%) were graduated from high school. The greatest part of them(54.4%) were christians but little part of them(16.8%) were employed.
2. Disease Characteristics : They have struggled with Fibromyalgia for 10 years on an average. About half of them(56.9%) suffered from Fibromyalgia only but the others had another diseases which were in greatest part occupied by Osteoarthritis. The number of tender point which is a feature of Fibromyalgia differed according to measuring criteria. Yunus criteria, however, was proved to be the most proper measuring criteria than any other method as it showed high correlations between symptoms and physical activities. The most serious symptoms that complained the patients among subjective symptoms are pain, sleep disorder, and fatigue in

* 경희간호대학(Professor, Kyung Hee School of Nursing)

** 경희대학교 의과대학 간호학과 교수(Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Kyung Hee University)

sequence, and activities most hard to do among physical activities are washing by hand, scrubbing by hand, and shopping in sequence.

3. Behavior Pattern of Treatment : The largest part of them(42.4%) had received medical treatment after they were determined to have the disease and most of them were taking medicine as prescribed by physician(88.8%) or other medicines(16.8%). Of them, two thirds stated that the medicine they took were effective. Around a third of them took exercises mostly composed of swimming. The medical institution they visited in the past were orthopedic surgical department, Oriental hospital, physical therapy department in sequence and, in a slight percent(11.4%), psychiatric department.
4. Relations between Disease Characteristics and Behavior pattern of Treatment : It shows that number of tender point and level of symptom are significantly different according to duration of disease and medical intervention.

As a results, it can be suggest that persons with Fibromyalgia need to take exercises and medicine continually regardless of medical treatment as it is a chronic disease whose symptoms are hardly mitigated.

Key words : Tender point, Symptom, Physical activity, Fibromyalgia

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 알려진 섬유조직염은 미국의 역학조사에 의하면 인구의 1~3%의 이환율을 가지고 있으며(Clark, 1994 ; Forseth, & Gran, 1992 ; Makela, & Heliovaara, 1991), 약 3~6백만명의 환자가 있는 것으로 추정되고 있다(Marder, et al, 1991 ; Nielson, Walker, & McCain, 1992). 우리 나라에서는 섬유조직염에 대하여 잘 알려지지 않았을 뿐만 아니라 아직 전국적인 통계자료도 없다. 그러나 일개 병원의 류마티스 내과 외래환자 중 15%가 섬유조직염환자로 분류되고 있어(한양대학교 부설 류마티즘 연구소, 1994) 미국과 비슷한 유병율을 나타내고 있다. 이와 같이 류마티스관절염환자보다는 적지만 상

당수 있는 것으로 추정되므로 이에 대한 관리는 매우 중요한 과제이다.

섬유조직염은 아직 치료가 표준화되지 않아(Burckhardt, Mannerkorpi, Hedenberg, & Bjelle, 1994), 항우울제와 이와 유사한 약물치료로 어느 정도 증상이 완화되지만 임상적으로 의미있는 결과를 얻지 못하여 치료효과는 불투명한 상태이다(Bennett, et al., 1988 ; Goldenberg, 1989 ; Simms, Felson, & Goldenberg, 1991).

이러한 현실에서 섬유조직염환자들은 정확한 진단을 받기 위하여 여러 병원을 방문하고 있으며, 나름대로 다양한 치료행위를 보이고 있으나 뚜렷한 효과를 얻지 못하고 있다. 특히 섬유조직염으로 진단을 받은 환자들은 완치되기를 기대하며 약물을 복용하고 있으나 섬유조직염 증상으로 여전히 고통을 받고 있다. 뿐만 아니라

약물에 대한 부작용과 우울에 사로잡혀서 자신감 없는 삶을 살아가고 있는 실정이다. 따라서 이들의 증상완화와 질적 삶을 위한 치료와 간호중재가 필요하다. 이를 위해서는 무엇보다도 이들 환자들의 임상적 특성과 치료행위를 파악하는 일이 우선되어야 한다. 그러나 이에 관련된 연구로는 한상숙과 강현숙(1997)의 섬유조직염 환자의 인구학적 특성과 진단의 지표가 되는 압통점에 관한 기초조사 연구가 있을 뿐 그외의 연구는 찾아보기 어려웠다.

이에 본 연구는 섬유조직염환자들의 질병 특성과 치료행태를 파악하고자 실시하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 섬유조직염환자의 질병 특성을 파악한다.
- 2) 섬유조직염환자의 치료행태를 파악한다.
- 3) 질병특성과 치료행태 간의 관련성을 분석한다.

II. 문헌적 고찰

“섬유조직염”이라는 병명은 근육, 인대, 그리고 건에 통증이 있음을 의미한다. 이 질환은 통증과 근육의 경직이 관절과 그 주변부위 인대, 건의 정지부, 뼈의 돌출부, 피하조직에서 나타나므로 증후라고 말하는데 이는 한꺼번에 일어나는 일련의 증상을 말한다(American Arthritis Foundation, 1995; Yunus, Masi, Calbro, & Shah, 1982). 이 질환은 남성보다 여성에게 더 많이 호발되며 연령분포는 외국 문헌에서 (Cathey, et al., 1988; Ledingham, et al., 1993; Uveges, et al., 1990)는 다소 차이가 있어 10대에서 80대의 광범위한 분포를 보이며 40~50대에서 가장 많이 발견된다. 그러나 한상숙과 강현숙 연구(1997)에서 20대에서 70대였으며, 50-60대가 41.4%로 가장 많았다. 따라서

외국의 경우와 다소 호발 연령에 차이가 있다.

섬유조직염은 활액낭염, 건염, 늑연골염, 부상 후 섬유조직염과 구분되어야 하는데 이때 구분되는 증상은 두통, 불안, 긴장, 수면장애 등이 이 질환들과 구분할 수 있는 증상들이라고 하였고(Yunus, et al., 1982), Clark(1994)은 류마티스관절염과 구분 하는 특징으로 첫째, 증상이 만성적이며 산발적인 근골격계의 통증으로 확산되며 둘째, 증상이 주로 연조직에 오며 압통점(tender point)이라는 독특한 해부학적 위치를 가지며 촉진시 극도의 민감한 반응을 보인다. 셋째, 수면장애, 피로, 두통, 불규칙적인 장의 증상이 나타나며 넷째, 기능적 신체적 증상이라고 하였다. Yunus, Ahles, Aldag, & Masi(1988)에 의한 MMPI검사와 임상소견에서 섬유조직염의 중요증상은 통증부위 수, 압통점 수, 피로, 수면장애 순으로 나타났으나 환자들의 보고에 의하면 우울, 불안, 스트레스, 심한 통증 순으로 나타났다고 하였다. Yunus 등(1982)의 연구에 의하면 환자들은 손가락과 관절주변의 부종을 호소하나 객관적인 진단의 준거가 될 수는 없다고 하였으며, 수면장애로 인한 피곤, 불안, 긴장, 우울 그리고 무감각, 두통, 장의 불편감, 불규칙적인 장증후로 인한 불편감을 호소하며, 그 외 증상으로 목 뒤 근육긴장으로 인한 두통, 흉쇄유돌근 긴장으로 인한 이통과 어지러움을 호소한다고 하였다.

Ledinghan 등(1993)의 연구에서는 내과적 간호중재를 2년 동안 받은 후에도 85%가 여전히 압통점부위의 통증을 호소하였을 뿐만 아니라 여전히 섬유조직염 분류기준에 들어 있었다고 보고하였고, Simms & Goldenberg(1988)는 섬유조직염환자 161명을 대상으로 감각이상에 대해 연구한 결과 84%(135명)가 무감각, 저림을 호소했으며 이 중 상하지(33%), 상지(28%), 한쪽 상지(15%) 순으로 나타났다. 특히 Goldenberg(1989)는 섬유조직염은 요통, 긴장,

두통, 불규칙적인 장 증상 등이 psychosomatic 으로 잘못 이해되어 왔을 뿐만 아니라 1950~1960년대에는 hysteria로 종종 믿어왔다고 하였다.

치료는 주로 고통에 의한 것으로 비스테로이드 항염제, 진통제, 항우울제 또는 이들을 복합적으로 사용하며(Granges, Zilko, & Littlejohn, 1994, Croft, Schollum, Silman, 1994), tricyclics와 기타 중추신경계 약물요법에 의해 1/3에 해당하는 환자들만이 임상적으로 의미있는 결과를 얻었다고 보고(Bennet, et al., 1988 ; Goldenberg, 1989 ; Simms et al., 1991)되었다. 또한 다른 여러 연구에서는 통상적인 진통제나 진정제 등의 약물로는 치료되지 않는 난치성 만성질환(Bennett, et al., 1991 ; Ingber, 1993 ; Ledingham et al., 1993)으로 항우울제와 이와 유사한 약물치료로 어느 정도 증상이 완화되지만 바람직한 결과를 얻지 못한다고 하였다(Bennett, et al., 1988 ; Goldenberg, 1989 ; Simms, et al., 1991).

증상완화를 위한 중재방안으로는 정신적·신체적 휴식과 이완, 불안을 피하는 것이 필요하다(Yunus, et al., 1982). 또한 환자관리로는 환자교육프로그램과 진통제, 물리치료과, 충분한 수면이 필요하며 때때로 정신과적 약물을 유용하게 사용하여야 한다. 또한 여러 연구(Friden, Sfakianos & Hargens, 1989 ; Granges, et al., 1994)에서도 운동이 증상을 완화시키는 중요한 역할을 한다고 하였으나 Clark(1994)은 섬유조직염 환자에게 중요한 것은 환자 각자에게 맞는 적절한 운동프로그램을 찾는 것이라고 하였다. Ledingham 등(1993)은 72명의 섬유조직염환자를 대상으로 진단 4년 후의 예후 조사에서 환자들은 운동(50%), 요가(15.3%), 침(33.3%), 물리치료과(66.7%), 최면요법(5.6%)을 받은 경험이 있었으며, 약물치료로 항우울제(47명), 비스테로이드 항염제(68명)를 사용하였

는데 그 중에 운동이 증상완화에 가장 도움을 주었다고 하였다.

섬유조직염환자의 투병기간을 보면 Ledingham 등(1993)의 연구에서는 평균 4년, Cathey, 등(1988)과 Cathey 등(1986)의 연구에서는 적어도 5년 이상의 투병기간을 갖고 있으며, 우리나라 경우 한상숙(1998)의 연구에서 실험군에서 평균 10년, 대조군에서 7.6년이였다. Ledingham 등(1993)의 연구에서 환자들의 기형은 없으나 많은 사람들이 움직일 수 없을 정도의 통증을 호소하였고 내과적 중재에도 불구하고 3년이라는 기간동안 증상변화는 거의 느끼지 못했을 뿐만 아니라 신체적인 기능장애도 나타났다고 보고하였다. Ledingham 등(1993)은 신체활동의 장애로 심하게 타인에게 의존하는 사람이 32%, 보조기구를 사용하는 사람이 38%나 되었다고 하였다. 그러나 Burckhardt, et 등(1993)은 섬유조직염환자들은 류마티스관절염환자와 마찬가지로 일상생활의 신체활동과 가사노동에는 문제가 되지 않는다고 보고하였다.

섬유조직염환자의 예후를 보면 Ledingham 등(1993)의 연구에 의하면 진단을 받고 2년간의 내과적 중재 후 검사한 결과 97%가 여전히 증상을 호소하였고 응답자의 60%가 처음 진단을 받을 때보다 더 나빠졌고, 단지 26%만이 좋아졌을 뿐만 아니라 섬유조직염의 내과적 중재에도 불구하고 5년 이상이 되면 정신과적 정신질환과 갑상선 기능저하가 왔다고 하였고, Dequeker & Wuestenraed(1986)는 26~76세의 섬유조직염환자 84명을 대상으로 한 연구에서 관절경직(67%)이 있다고 보고하였다. 우리나라 섬유조직염환자의 경우 한상숙과 강현숙(1997)의 연구에서는 골관절염을 겸한 경우가 36.7%, 류마티스관절염을 겸한 경우가 16.8%였으며, 활액막염, 갑상선 질환, 척수염을 겸한 경우도 있다고 보고하여 우리나라 섬유조직염환자들이 동반질환을 많이 갖고 있는 것으로 나타

났다. 그러나 이와는 상반되게 Granges 등 (1994)의 연구에서 류마티스질환이나 정신질환이 없었다고 하였다.

이상을 요약하면 섬유조직염은 주로 40-50대에 주로 호발하며, 주 증상은 통증, 경직, 기능장애, 수면장애, 피로, 우울, 긴장 등이다. 치료약물로는 진통제나 항우울제, 비스테로이드 항염제 등을 쓰고 있지만 완치되지 않는 난치성 질환의 일종으로 증상은 수년간 계속되기도 한다. 투병기간은 5-10년 정도이며, 2-5년간의 내과적 증재에도 불구하고 정신질환이나 갑상선 질환뿐만 아니라 관절질환을 동반하고 있음을 알 수 있다. 또한 섬유조직염환자들은 일상적인 신체활동과 가사노동에도 어려움이 있기 때문에 약물치료와 함께 지속적인 운동이 요구됨을 알 수 있다.

Ⅲ. 조사내용 및 방법

1. 연구 대상

1998년 5월부터 8월 말까지 서울시내에 있는 H 대학부속병원의 류마티스내과를 방문하여 전문의에게 섬유조직염으로 진단을 받은 환자 중 압통점의 수가 8개 이상인 환자를 직접 면담하여 조사한 150명을 대상으로 하였다. 이 중 연구자가 의도한 조사내용을 충족시킬 수 없는 25명을 제외하고 분석이 가능한 125명을 연구대상으로 하였으며, 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 연령이 30-50세인 여성으로,
- 2) 의사의 지시에 따라 내과적 증재를 받고 있는 환자이며,
- 3) 본 연구에의 참여를 허락한 자로 한다.

2. 측정 도구

조사문항은 타당도를 높이기 위하여 전문인의

의견을 반영하여 사전조사를 실시한 후 수정 보완하였다. 문항의 내용은 인구학적 변수, 투병기간, 동반질환, 자각증상, 신체활동, 내과적증재(치료)기간, 처방된 약물복용유무와 복용횟수, 약물효과유무, 기타약물복용 유무, 운동여부와 종목, 치료기관 등이다. 한편 압통점의 수 측정 도구는 American College of Rheumatology (1990년)기준에 준한 18개의 압통점이 표시된 신체 그림을 사용하였다.

3. 자료수집 방법

자료는 설문지를 사용하여 자가보고 또는 면담을 통하여 수집하였다. 도구 측정과정에서 오는 오차를 최소화하기 위하여 측정담당연구원 2명(간호대 졸업생)에게 연구자가 측정방법을 훈련시켰다. 설문지 기록이 가능한 대상자에게는 설문지를 주어 직접 기록하게 하고, 국문해독이 어려운 자, 시력이 나쁜 자의 경우에는 연구원이 설문지를 읽어주어 자료를 수집하였다. 압통점의 표시는 18개의 압통점이 표시된 신체부위 이외에 환자 자신이 지각하고 있는 압통점은 모두 표시하게 하며 American College of Rheumatology(ACR, 1990)에서 정한 기준과 Yunus (1982)기준에 근거하여 압통점의 수를 점수화하였다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 기호화하여 SPSS WINDOW(Version 7.5) 프로그램으로 실수와 백분율을 구하였고, 제 변수간의 관계는 상관계수로 분석하였다.

Ⅳ. 결과 및 논의

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 섬유조직염환자의 연령 분포는 40-49세와 50-59세가 각각 37.6%로 가장 많았다. 이는 Ledinghan 등(1993)의 연구에서 18-81세, Cathey 등(1988)과 Cathey, Wolfe, Kleinhekel, & Hawkly(1986)의 연구에서 20-50대의 여성에서 발병한다는 것보다 본 연구에서의 발병 연령 층이 높은 편이었으며 한상숙과 강현숙(1997)의 연구에서 51-60대(41.4%)가 가장 많았다는 결과와는 유사하였다. 교육정도는 고졸이 38.4%, 종교는 기독교가 54.4%로 가장 많았으며, 직업을 갖고 있는 사람은 16.8%에 불과 했다(표 1-1).

〈표 1-1〉 대상자의 일반적 특성 (N=125)

	구 분	빈도수	백분율
년령(세)	40미만	22	17.6
	40 - 49	47	37.6
	50 - 59	47	37.6
	60 이상	9	7.2
교육정도	국졸이하	33	26.6
	중 졸	21	16.8
	고 졸	48	38.4
	대졸이상	23	18.4
종 교	기독교	68	54.4
	불 교	35	28.0
	무 교	20	16.0
	기 타	2	1.6
직 업	유 무	21	16.8
		104	83.2

2. 임상적 특성

1) 투병기간

섬유조직염환자들이 투병기간은 5-9년인 경우가 37.6%로 가장 많았고, 그 다음은 5년 미만(25.6%)이었으며, 평균 투병기간은 10년이었다(표 2-1). 이것은 Cathey 등(1988)과 Cathey, Wolfe 등(1986)의 연구에서 적어도 5년 이상이었다는 보고와 Ledinghan 등(1993)의 연구에

서 평균 4년에 비해 긴 기간이었다. 그러나 한상숙(1998)의 연구에서 실험군에서 평균 10년, 대조군에서 7.6년과는 유사한 결과이다. 특히 류마티스관절염환자를 대상으로 한 이은옥 등(1997)의 연구에서 투병기간이 평균 10년이었다는 보고와는 같은 결과로 우리 나라 섬유조직염환자의 투병기간은 류마티스관절염환자의 투병기간과 마찬가지로 길었다.

2) 동반질환 유무

동반된 질환 없이 섬유조직염만을 갖고 있는 경우는 56.9%로 가장 많았고, 그 다음은 퇴행성관절염을 겸한 경우가 20%로 많았다(표 2-1). 이는 한상숙, 강현숙의 연구(1997)에서 섬유조직염과 골관절염을 겸한 경우가 36.7%로 가장 많았다는 보고와 유사한 결과이나 Granges 등(1994)의 연구에서 류마티스질환이나 정신질환이 없었다는 보고와는 다소 상반된 결과였다.

3) 압통점의 수

압통점의 수 측정은 첫째, American College of Rheumatology(ACR, 1990)기준에 준한 전문의 진단시 측정된 수 둘째, ACR(1990) 기준에 준한 환자가 자각한 수 셋째, Yunus(1982)의 기준에 준한 환자의 자각 수로 하였다. ACR(1990)기준에 준해 전문의가 측정한 압통점의 수는 14-16개를 갖고 있는 경우가 34.6%로 가장 많았고, 그 다음 순위가 11-13개의 압통점을 갖고 있는 경우가 29.6%였다(표 2-2). 이는 한상숙과 강현숙의 연구(1997)결과에서 10-12개가 37.1%로 가장 많았고 그 다음이 13-15개(28.3%)였다는 보고와 비교적 유사한 결과이다. ACR(1990) 기준에 준해 환자가 자각한 압통점의 수는 8개 미만과 8-10개가 각각 39.2%로 다른 측정법에 비해 많은 편이었다. Yunus(1982)의 기준에 준해 환자가 자각한 압통점의 수는 17개 이상이 26.4%로 가장 많았고,

〈표 2-1〉 임상적 특성 (N=125)

구 분	실수(%)
투병기간(년)	5미만 28(22.4)
	5- 9 47(37.6)
	10-14 32(25.6)
	15이상 18(14.4)
동반질환	무 71(56.9)
	류마티스관절염 11(8.8)
	골관절염 25(20.0)
	골다공증 6(4.8)
	근막통증증후군 12(2.4)
압통점의 수(개)	8미만 30(24.0)
	8-10 14(11.2)
	11-13 27(21.6)
	14-16 21(16.8)
	17이상 33(26.4)
자각증상	통증 122(97.6)
	수면장애 121(96.8)
	피로 117(93.6)
	불안·긴장 116(92.8)
	경직 104(83.2)
	우울 110(86.6)
	저림 92(73.6)
	어지러움 81(64.8)
	입마름 80(64.0)
	변비·설사 56(44.8)
	무감각 45(36.0)
	빈뇨 9(7.2)
	화끈거림 7(5.5)
떨림 2(1.6)	

그 다음이 8개미만이 24%였다. 이상의 결과로 우리 나라는 섬유조직염에 대한 진단을 ACR (1990)기준에 준하여 내려지고 있지만 실제 환자들이 자각하고 있는 부위와는 많은 차이가 있었다. 또한 〈표 2-3〉에서 보는 바와 같이 압통점의 3가지 측정방법과 증상, 신체활동과의 상관관계에서 ACR기준에 준해 전문의가 측정하는 압통점에 대한 환자의 자각하고 있는 압통점의 수를 체크한 방법과 Yunus(1982)기준에 준하여 환자가 체크한 압통점의 수가 유의한 상관이

있는 것으로 나타났다. 그러나 Yunus(1982)기준에 준하여 환자가 체크한 압통점의 수가 환자의 증상 및 신체활동과 더욱 상관성 정도가 높은 것으로 나타나 다른 측정방법보다 더 유의함을 알 수 있다.

〈표 2-2〉 측정기준에 따른 압통점의 수 (N=125)

구 분	ACR 기준에 준한 전문의 진단	ACR 기준에 준한 환자의 자각	YUNUS 기준에 준한 환자의 자각
	실수(%)	실수(%)	실수(%)
8 미만	- (-)	49(39.2)	30(24.0)
8-10	26(20.8)	49(39.2)	14(11.2)
11-13	37(29.6)	15(12.0)	27(21.6)
14-16	43(34.4)	12(9.6)	21(16.8)
17개 이상	17(13.6)	- (-)	33(26.4)

〈표 2-3〉 압통점 수의 측정기준과 증상, 신체 활동의 상관관계 (N=125)

구 분	증상	신체활동
ACR기준에 준한 전문의 진단	.02	.087
ACR기준에 준한 환자의 자각	.357**	.224**
YUNUS기준에 준한 환자의 자각	.414**	.346**

4) 자각증상

내과적 증재에도 불구하고 환자들이 느끼고 있는 자각 증상은 〈표 2-1〉에 나타난 것과 같이 통증(97.6%), 수면장애(96.8%), 피로(93.6%), 불안 및 긴장(90.4%), 우울(86.6%), 경직(83.2%)순으로 나타나 Yunus 등(1988)의 연구에서 환자들이 느끼고 있는 우울, 불안, 긴장, 통증 순으로 나타난 것과는 순위에 차이가 있었다. 또한 내과적 증재에도 불구하고 많은 환자들이 여전히 증상을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 Ledinghan 등(1993)의 연구에서 진단을 받고 2년간의 간호증재 후 검사한 결과 97%가 여전히 증상을 호소하였고 응

답자의 60%가 처음 진단을 받을 때보다 더 나빠졌다고 한 보고와 내과적 간호증재를 2년 동안 받은 후에도 85%가 계속 압통점 부위의 통증을 호소하였을 뿐만 아니라 여전히 섬유조직염 분류기준에 들어 있었다고 한 보고와 같은 결과였다. 그러나 증상 중에서 무감각이 36%로 나타나 Simms & Goldenberg(1988)의 연구에서 80%나 무감각을 호소했다는 보고보다 낮았다.

5) 신체활동

신체활동 중에서 환자들이 힘들어하는 활동은 손빨래(1.99), 손걸레질(1.96), 장보기(1.95) 순으로 나타났으며, 환자들이 용이하게 생각하는 활동은 산책(0.78), 설거지(1.13), 식사준비(1.15) 순으로 나타났다(표 2-4). 이상의 결과는 섬유조직염환자들은 힘든 일은 하지 못하나 일상생활의 기본적인 신체활동을 하는 것으로 나타나 Burckhardt 등(1993)의 연구에서 섬유조직염환자들은 류마티스관절염환자와 마찬가지로 일상생활의 신체활동과 가사노동에는 문제가 되지 않는다고 보고한 것과 유사하였다. 그러나 Ledinghan 등(1993)의 연구에서 섬유조직염환자들은 신체활동의 장애로 심하게 타인에

게 의존하는 사람이 32%, 보조기구를 사용하는 사람이 38%나 되었다는 보고와는 다른 경향을 보였다.

3. 치료행태와 방문기관

1) 내과적 증재기간

정확한 진단을 받고 내과적 증재를 받은 기간은 6개월 미만인 경우가 42.4%로 가장 많았고, 그 다음이 7-11개월(33.6%)로 대다수가 1년 미만이었다(표 3-1). 이는 한상숙과 강현숙(1997)의 연구에서 1년 미만이 46.1%였다는 보고와 외국의 여러 연구(Ledingham, et al., 1993; Cathey, et al., 1988; Cathey, et al., 1986)에서 보고된 것보다 짧았다. 이와 같이(표 3-1)에 나타난 투병기간에 비해 내과적 증재기간이 짧은 이유는 우리 나라에서 섬유조직염이라는 질환이 최근에 알려지기 시작했을 뿐만 아니라 병원 수용 능력 한계로 인하여 많은 환자들이 대기 상태에 있기 때문으로 본다.

2) 약물복용유무와 효과

섬유조직염환자들의 내과적 증재 중 약물사용

<표 2-4> 신체활동정도

(N=125)

구 분	전혀 힘들지	약간	힘들때가	아주	평균점수 (SD)
	않다(0점)	힘들다(1점)	많다(2점)	힘들다(3점)	
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	
장보기	9(7.2)	32(25.6)	40(32.0)	44(35.2)	1.95(.95)
다림질	30(24.0)	47(37.6)	28(22.4)	20(16.0)	1.30(1.00)
식사준비	32(25.6)	53(42.4)	29(23.2)	11(8.8)	1.15(.91)
설거지	32(25.6)	57(45.6)	23(18.4)	13(10.4)	1.13(.92)
진공청소기	28(22.4)	50(40.0)	30(24.0)	17(13.6)	1.29(.97)
침상정리	29(23.2)	35(28.0)	36(28.8)	25(20.0)	1.46(1.01)
산책	11(8.8)	36(28.8)	22(17.6)	6(4.8)	.78(.90)
친지방문	31(24.8)	44(35.2)	29(23.2)	21(16.8)	1.32(1.03)
손걸레질	12(9.6)	27(21.6)	40(32.0)	46(36.8)	1.96(.99)
손빨래	14(11.2)	23(18.4)	38(30.4)	50(40.0)	1.99(1.02)

을 보면 88.8%가 약물을 복용하고 있었으며, 약물복용은 처방에 따라 1일 2회씩 복용하는 경우가 61.4%로 가장 많았다. 약물효과에 대해서는 69.6%가 효과가 있었다고 보고하였으나 30.4%는 효과가 없었다고 보고하였으며, 처방된 약물 이외의 다른 약을 복용하는 경우도 16.8%나 되었다(표 3-1). 특히 약물복용 후 효과를 보았다고 응답한 증상은 통증(73.6%), 수면장애(28%), 경직(27.2%), 우울(26.4%) 순으로 나타나 통증에 가장 큰 효과를 본 것을 알 수 있다(표 2-4). 이러한 결과는 tricyclics와 기타 중추신경계 약물요법에 의해 단지 1/3에 해당하는 환자들만이 임상적으로 의미있는 결과를 얻었다는 여러 연구보고(Goldenberg, Felson, & Dinerman, 1986; Bennett, et al. 1988; Goldenberg, 1989; Simms, et al., 1991)를 지지해 주었다. (표 3-1)에서와 같이 환자들이 여전히 증상을 호소하였는데 이는 섬유조직염은 아직 원인도 뚜렷하게 밝혀지지 않았기 때문에 현재 근본적인 치료는 불가능한 상태로 통상적인 진통제나 진정제 등으로는 치료하고 있지만 치료되지 않는 난치성 질환의 일종이며, 증상은 수년간 계속되기도 한다는 보고(Bennett, et al., 1991; Ingber, 1993; Ledingham, et al., 1993)를 입증하였다.

3) 운동

운동을 하고 있는 사람은 36%이며, 운동의 종류로는 수영이 15.2%로 가장 많았다(표 3-1). 이러한 결과는 Ledingham 등(1993)의 연구에서 50%가 운동을 하고 있다는 보고보다 낮았으며, 여러 연구(Bennett, et al., 1989; Burckhardt, et al., 1994; Friden, et al., 1989; Granges, et al., 1994; Ledingham, et al., 1993; Wolfe, et al. 1990; 한상숙, 1998)에서 운동이 섬유조직염환자의 증상완화에 효과 있다고 보고하고 있어 전문의들이 환자들에게

〈표 3-1〉 치료행태 (N=125)

구 분	실수(%)
내과적중재기간	
6개월미만	53(42.4)
7개월-11개월	42(33.6)
1년-2년미만	6(4.8)
2년 이상	24(19.0)
처방약물복용	
무	14(11.2)
유	111(88.8)
1회	13(10.4)
2회	77(61.4)
3회	5(4.0)
필요시	16(12.8)
약물효과	
무	38(30.4)
유	87(69.6)
통증	92(73.6)
수면장애	35(28.4)
경직	34(17.2)
입마름	25(20.0)
긴장	23(18.4)
어지러움	21(16.8)
무감각	15(12.0)
변비·설사	11(8.8)
기타약물복용	
무	104(83.2)
유	21(16.8)
운동경험	
무	80(64.0)
유	45(36.0)
수영	19(15.2)
등산	7(5.6)
걷기	8(6.4)
헬스	4(3.2)
기타	7(5.6)
치료방문기관*	
한방병원	90(78.0)
정형외과	100(80.0)
물리치료과	73(58.4)
재활의학과	13(10.4)
정신과	23(11.4)

* 중복응답 수임

권하고 있는데 비하여 적은 편이었다. 그러나 운동 중에서 수영을 가장 많이 하고 있는 것은 바람직하다고 본다. 이는 관절염환자를 대상으로 한 연구들(Banwell, 1984 ; Jetter & Kadlec, 1985 ; Wilson, 1984 ; Rosenberg, & Rosenberg, 1988)에서 수영은 만성관절염환자에게 치료적인 면과 오락적인 면을 충족시켜 주어 관절의 통증과 경직의 감소와 관절 가동성이 증가뿐만 아니라 우울과 불안이 없어진다고 보고하고 있기 때문이다.

4) 치료를 위한 방문기관

섬유조직염환자들이 치료를 위하여 방문한 경험이 있는 기관은 정형외과(80%)가 가장 많았고, 그다음에 한방병원(78%), 물리치료과(58.4%)순으로 나타났으며, 정신과도 11.4%이나 되었다. 방문기관별 내과적 중재기간을 보면 한방병원의 경우 6개월 미만인 23.2%, 정형외과 내과적 중재기간은 3년 이상이 22.4%, 물리치료과는 6개월-1년 미만이 27.2%로 가장 많았다. 이러한 결과는 Ledingham 등(1993)의 연구에서 물리치료(66.7%), 침(33.3%), 요가(15.3%), 최면요법(5.6%) 등을 경험한 것으로 나타난 것과 비교할 때 공통적인 것은 물리치료와 침이었다. 이와같은 결과를 통해서 우리나라 섬유조직염환자들은 다양한 치료 경험을 갖고 있는 것을 알 수 있다. 특히 신경정신과의 치료경력을 갖고 있는 환자가 11.4%나 되는 것에 기초

하여 추론해 볼 때 Ledingham, 등(1993)의 연구에서 내과적 중재에도 불구하고 5년 이상이 되면 정신과적 질환이 나타났다는 것과 같이 투병기간이 길수록 정신과를 방문하는 환자가 증가할 것으로 사려된다.

4. 치료행태와 질병특성과의 관계

섬유조직염환자의 치료행태와 질병특성과의 관련성을 분석해본 결과 투병기간에 따른 압통점의 수($F=3.55, P=.016$)와 증상($F=6.18, P=.001$), 그리고 내과적 중재기간에 따른 압통점의 수($F=2.70, P=.049$), 증상($F=7.16, P=.000$)에서만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 섬유조직염의 증상은 내과적 중재기간이 6개월 미만인 그룹과 24개월 이상인 그룹간(Scheffe, $MD=7.19, SE=2.517, P=.023$), 1-11개월 그룹과 24개월 이상된 그룹간(Scheffe, $MD=11.26, SE=2.62, P=.001$), 12-23개월 그룹과 24개월 이상인 그룹(Scheffe, $MD=14.71, SE=4.67, P=.023$)에 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 약물복용이나 운동수행이 질병특성인 압통점의 수, 증상, 신체활동에 영향을 주지 못하고 투병기간과 내과적 중재 기간만이 압통점의 수 그리고 증상과 관련성이 있음을 의미한다.

이러한 결과는 Ingber(1993)가 섬유조직염은 아직 원인도 뚜렷하게 밝혀지지 않았기 때문에

〈표 3-2〉 치료를 위한 방문기관

(N=125)

구 분	없다	6개월미만	6개월-1년미만	1년이상-2년미만	2년이상-3년미만	3년이상	합 계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
한방병원	35(28.0)	29(23.2)	11(8.8)	22(17.6)	8(6.4)	20(16.0)	90(78.0)
정형외과	25(20.0)	26(20.8)	7(5.6)	26(20.8)	13(2.4)	28(22.4)	100(80.0)
물리치료과	52(41.6)	22(17.6)	34(27.2)	20(16.0)	6(4.8)	12(9.6)	73(58.4)
재활의학과	112(89.6)	6(4.8)	7(5.6)	- (-)	- (-)	- (-)	13(10.4)
정신과	102(81.6)	23(18.4)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	23(11.4)

현재 근본적인 치료는 불가능한 상태로 통상적인 진통제나 진정제 등으로는 치료하고 있지만 치료되지 않는 난치성 질환의 일종으로 증상은 수년간 계속되기도 한다는 연구(Ingber, 1993)와 Ledingham 등(1993)의 연구에서 진단을 받고 2년간의 간호중재후 검사한 결과 97%가 여전히 증상을 호소하였고 응답자의 60%가 처음 진단을 받을 때보다 더 나빠졌다고 한 보고와 Ledingham 등(1993)의 연구에서는 내과적 간호중재를 2년동안 받은 후에도 85%가 여전히 압통점부위의 통증을 호소하였을 뿐만 아니라 여전히 섬유조직염 분류기준에 들어 있었다고 한 보고를 지지하는 것으로 섬유조직염환자의 증상은 약물 복용유무에 따라 크게 영향을 받고 있지 않음을 의미한다.

또한 운동유무에 따른 증상, 신체활동, 압통

점의 수에서도 유의한 차이가 나타나지 않아 운동유무는 압통점의 수, 증상, 신체활동에 영향을 미치지 못하는 것을 의미하는 것으로 여러 연구(Bennett, et al., 1989; Friden, & Hargens, 1989; Granges, et al., 1994; Ledingham, et al., 1993; Wolfe, et al., 1990; 한상숙, 1998)와는 상반되는 결과이다.

이와 같은 결과는 Clark(1994)이 섬유조직염 환자의 적절한 운동은 증상을 완화시키는 역할을 한다는 견해에서 환자 각자에게 적절한 운동 프로그램을 찾는 것이 중요하다고 한 보고를 지지해 준다.

VI. 요약 및 결론

섬유조직염환자의 임상적 특성과 치료행태를

〈표 4〉 임상적 특성과 치료행태와의 관계

(N=125)

구 분	압통점의 수				증 상				신체활동			
	M	SD	For t	P	M	SD	For t	P	M	SD	For t	P
투병기간(년)												
1미만	12.61	5.92	3.55	.016*	47.21	12.11	6.18	.001**	12.71	5.99	1.86	.400
1-4	11.15	6.31			43.85	10.05			13.47	6.70		
5-9	13.60	7.00			50.59	9.23			15.44	6.48		
10이상	16.72	5.65			55.22	9.95			16.78	8.34		
내과적중재(개월)												
6미만	12.72	6.07	2.70	.049*	48.04	10.01	7.16	.000**	14.79	6.67	1.79	.152
7-11	14.62	6.72			51.38	9.10			13.57	6.69		
12-23	14.00	4.52			54.83	14.26			19.67	8.14		
24이상	10.04	6.75			40.13	11.49			13.04	6.77		
약물복용												
유	12.76	6.79	-1.15	2.59	47.91	10.84	-.17	.868	14.05	6.85	-1.09	.280
무	14.07	3.52			48.43	12.39			16.14	6.60		
기타약물복용												
유	15.29	6.25	1.86	.066	50.52	11.40	1.14	.266	16.29	6.78	.69	.140
무	12.42	6.48			47.45	10.87			13.88	6.80		
운동수행												
유	12.38	7.32	-.68	.500	47.42	12.73	-.42	.678	13.22	6.02	-1.30	1.95
무	13.20	6.02			48.28	9.91			14.88	7.21		

과악하고자 서울시에 있는 H 대학부속병원 류마티스내과에서 1998년 5월부터 8월말까지 섬유조직염으로 진단 받은 외래환자 125명을 직접 면담하여 자료를 수집하였다. 자료분석은 SPSS Window 프로그램을 이용하여 백분율, 평균값, t-test 및 ANOVA를 구하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

1. 일반적 특성 : 섬유조직염환자는 전수가 여자였으며, 연령 분포는 40-49세(37.6%)가 가장 많았고, 1/3정도가 고졸(38.4%) 학력을 가졌다. 종교는 기독교신자(54.4%)가 가장 많았고, 직업을 갖고 있는 사람은 16.8%였다.
2. 임상적 특성 : 섬유조직염환자의 투병기간은 평균 10년이었고, 과반수 이상(56.9%)은 섬유조직염만 앓고 있지만 그 외의 환자는 다른 관절질환을 갖고 있었다. 그 중 골관절염이 가장 많았다. 섬유조직염 증상의 특징인 압통점의 수는 측정기준에 따라 차이가 있었는데 Yunus(1982)의 기준에 준한 측정방법이 다른 방법보다 증상 및 신체활동과의 관련성이 높아 가장 적절한 측정기준이었다. 자각증상 중 가장 많이 호소하는 증상은 통증, 수면장애, 피로 순이었으며, 신체활동 중 가장 힘들어하는 활동은 손빨래, 손걸레질, 장보기 순이었다.
3. 치료행태 : 질병의 진단을 받은 후 내과적 중재(치료)를 받은 기간은 6개월 미만(42.4%)이 가장 많았고, 대부분이 처방 약을 복용(88.8%)하고 있거나 다른 약을 복용(16.8%)하고 있었으나 약물의 효과가 있다고 한 경우는 약 2/3정도였다. 운동은 약 1/3정도가 하고 있었으며, 이중 가장 많이 하고 있는 운동은 수영이었다. 과거 치료를 위해 방문한 기관은 정형외과, 한방병원, 물리치료과 순이었으며 정신과(11.4%)를 방문한 경우도 있었다.
4. 치료행태와 질병특성과의 관계 : 투병기간에

따른 압통점의 수($F=3.55, P=.016$)와 증상($F=6.18, P=.001$), 그리고 내과적 중재기간에 따른 압통점의 수($F=2.70, P=.049$)와 증상($F=7.16, P=.000$)에서만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 통하여 섬유조직염환자는 약물이나 운동 등의 내과적 중재에도 불구하고 증상완화의 효과가 미흡한 만성질환이므로 효율적인 간호중재 개발연구가 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

- 한상숙 (1998). 신장운동을 포함한 자조관리프로그램이 섬유조직염환자의 증상완화에 미치는 효과. 경희대학교대학원, 박사학위논문.
- 한상숙, 강현숙 (1997). 섬유조직염환자에 대한 기초조사연구. 류마티스건강학회지, 4(1), 74-86.
- 한양대학교 류마티즘 연구소 (1994). 무엇이든 물어보세요! 섬유조직염.
- 이은옥, 박상연, 김종임, 김인자, 김명자, 송경애, 이은남, 최희정, 박정숙, 서문자, 김명순, 소희영, 이미라, 박인혜, 김영재, 이인숙, 임난영, 이경숙, 허혜경, 정여숙, 서인선 (1997). 자기효능 증진 방법을 사용한 자조관리 과정이 관절염 환자의 건강증진에 미치는 효과. 류마티스건강학회지, 4(1), 1-14.
- American Arthritis Foundation (1995). Fibromyalgia self-help course : Class participant's manual ; , U.S.A
- American College of Rheumatology (1990). Criteria for the classification of fibromyalgia : Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis and Rheumatism, 33, 160-172.

- Banwell, B. F. (1984). Exercise and mobility in arthritis. Nursing Clinics of North America, 19(4), 605-616.
- Bennett, R. M., Campbell, S., Burkhardt, C., Clark, S., O'Reilly, C., & Wiens, A. (1991). A multidisciplinary approach to fibromyalgia management. Journal of Musculoskeletal Medicine, 8, 21-32.
- Bennett, R. M., Clark, S. R., Goldenberg, L., Nelson, D., Bonafede, R. P., Porter, J., & Specht, D. (1989). Aerobic fitness in patients with fibrositis: A controlled study of respiratory gas exchange and 133xenon clearance from exercising muscle. Arthritis and Rheumatism, 32, 454-460.
- Bennet, R. R., Gatter, R. A., Campbell, S. M., Andrew, R. P., Clark, S. R., & Scarolla, J. A. (1988). A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis: A double-blind controlled study. Arthritis and Rheumatism, 31, 1535-1542.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. Journal of Rheumatology, 20(3), 475-479.
- Burckhardt, C. S., Mannerkorpi, K., Hedenberg, L., & Bjelle, A. (1994). A randomized, controlled clinical trial education and physical training for woman with fibromyalgia. Journal of Rheumatology, 21(4), 714-720.
- Cathey, M. A., Wolfe, F., Kleinheksel, S. M., & Hawley, D. J. (1986). Socio-economical impact of fibrositis: A study of 81 patients with primary fibrositis. American Journal of Medicine, 81(3A), 78-84.
- Cathey M. A., Wolfe F., Kleinheksel S. M. et al (1988). Functional ability and work status in patients with fibromyalgia., Arthritis Care Research, 1, 85-98.
- Clark S. R. (1994). Prescribing exercise for fibromyalgia patients. Arthritis Care & Research, 7(4), 221-225.
- Croft, P., Schollum, J., & Silman, A. (1994). Population study of tender point counts & pain as evidence of fibromyalgia. BMJ, 309(17), 696-699.
- Dequeker, J., & Wuestenraed, L. (1986). The effect of biometeorological factors on ritchie articular index and pain in rheumatoid arthritis. Scandinavia Journal of Rheumatology, 15, 280-284.
- Forseth K. O., Gran J. T. (1992). The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal. Norway, Scandinavia Journal of Rheumatology, 21, 74-78.
- Friden J., Sfakianos P. N., Hargens A. R. (1989). Blood indices of muscle injury associated with eccentric muscle contractions. Journal of Orthopedic Research, 7, 142-145.
- Goldenberg, D. L. (1989). Psychological symptoms and psychiatric diagnosis in patient with fibromyalgia. Journal of Rheumatology, 16(19), 127-130.
- Goldenberg, D. L., Felson, D. T., & Dinerman, H. (1986). A randomized, controlled trial of amitriptyline and

- naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. Arthritis and Rheumatism, 29(11), 1371-1377.
- Granges, G., Zilko, P., & Littlejohn, G. O. (1994). Fibromyalgia syndrome assessment of the severity of condition 2 years after diagnosis. Journal of Rheumatology, 21(3), 523-529.
- Jetter, J., & Kadlec, N. (1985). The Arthritis Book of Water Exercise. New York: Holt, Reinhart and Winston, 1-21.
- Ingber R. S. (1993). Therapeutic stretching : An essential component in treatment of myofascial dysfunction. First international course on myofascial pain, Mount Sinai School of Medicine, New York, 8-11.
- Ledingham J., Doherty, S., & Doherty M. (1993). Primary fibromyalgia syndrome- An outcome study. British Journal of Rheumatology, 32(2), 139-142.
- Marder W. D., Meenan R. F., Felson D. T., Reichlin M. Birnbaum N. S., Croft J. D., Dore R. K., Kaplan H., Kaufman R. L., Stobo J. D. (1991). The present and future adequacy of rheumatology manpower : a study of health care needs and physician supply [Editorial]. Arthritis and Rheumatism, 34, 1209-1217.
- Nielson W. R., Walker C., & McCain G. A. (1992). Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome : preliminary findings. Journal of Rheumatology, 19 (1), 98-103.
- Rosenberg, D. B., & Rosenberg, S. R. (1988). Pain Free Arthritis. New York: S. & J. Books, 18-26.
- Simms, R. W., Felson, D. T., & Goldenberg, D. L. (1991). Development of preliminary criteria for response to treatment in fibromyalgia syndrome. Journal of Rheumatology, 18(10), 1558-1563.
- Simms, R. W., & Goldenberg, D. L. (1988). Symptoms mimicking neurologic disorders in fibromyalgia syndrome. Journal of Rheumatology, 15(8), 1271-1273.
- Uveges, J. M., Parker J. C., Smarr, K. L., McGowan, J. F., Lyon, M. G., Irvin, W. S., Meyer, A. A., Buckelew, S. P., Morgan, R. K., Delmonico, R. I., Hewett, J.E., & Kay, D. R. (1990). Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome : Relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. Arthritis and Rheumatism, 33(8), 1279-1283.
- Wilson, C. H. (1984). Exercise for arthritis. In Basmajian, J. V. (Ed). Therapeutic Exercise. (4th ed.). Baltimore : Williams & Wilkins Co, 529-545.
- Wolfe F, Smythe H. A., Yunus M. B, Bennett R. M., Bombardier C., Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell S. M., Abeles M, Clark P, Fam A. G., Faber S. J., Fiechtner J. J., Franklin C. M., Gatter R. A., Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun A. S., Masi A. T., McCain G. A., Reynolds W. J., Romano T. J., Russel I. J., Sheon R. P. (1990), The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia : report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis and Rheumatism, 33, 160-172.

Yunus M., Masi A. T., Calabro J. J., & Shah I. K. (1982). Primary fibromyalgia, A. F. P., 25(5), 115–121.

Yunus M. (1992). Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia : Aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. Journal of Rheu-

matology, 19(6), 846–850.

Yunus M. B., Ahles T. A., Aldag J. C., Masi A. T. (1988). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. Journal of Rheumatology, 15(8), 1271–1273.