

---

# 子宮癌과 癌管理의 重要性

梨花大學校 醫科大學

産婦人科教室

— 姜 信 明 —

---

子宮癌(자궁암)으로 죽는 不必要한 女子의 死率을 減少시키기 爲하여, 近來 子宮癌의 治療보다 早期診斷 卽 일찍 發見하려고하는데 主力을 기울이고 있다.

늦게나마, 요즈음 우리나라에서 放射性 Cobalt-60 이니, Cesium-137 이니, Radium 等 導入 施設에 關한 廣告記事가 特筆 되어 있는것은 癌 治療歷史上 必然的인 한 過程에 지나지 않음에도 不拘하고, 一般知識層에 있어서까지, 癌을 完治시킬수 있는 새로운 器具와 方法이 發見되어 있는것 처럼 混同 또는 誤認하고 있는 感이 없지 않음은 是正할 問題이다. 癌에 對한 過去歷史를 볼때 確實히 많은 經驗과 知識이 發達되어 왔다고 보지만, 事實 癌의 原因은 아직 發見되지 못하였고, 따라서 癌에 對한 特殊療法이 아직 없다. 그렇다고 해서 우리가 空手無策한 運命論에만 맡겨 둘것이 아니고 또한 그러한 時代도 아니다. 우리가 오늘날까지 얻은 知識으로써도, 적어도 이제부터 治療不可能한 晚期癌

의 發生率을 減少시킬 수 있고, 非浸蝕性早期癌(皮內癌) (Carcinoma in Situ)으로 부터 浸蝕性癌(Invasive Cancer)으로 넘어가는것을 豫防하므로써 거의 100%子宮癌으로 인한 死亡率을 減少시킬수 있는 것이다. 이 目的을 達成하기 爲하여서는 現行家族計劃事業과 마찬가지로 우선 우리 醫療人自體의 癌에 對한 理解와 새로운 關心이 要請되는 것은 勿論이고, 一般家庭女性에 對한 啓蒙教育이 더 必要하다. 배고픈것을 모르는 사람에게 밥을 준들 어찌 달게 받으리요? 이렇기 爲하여서는, 한 婦女事業 또는 社會事業으로써의 機構와 系統있는 運營, 協助가 切實히 要請되는 바이다.

子宮癌에서 保護되려던 우선 子宮癌이 어떤것인지 알아야 함은 勿論이다. 女子에 있어서 癌이 잘 생기는 곳은 乳房(젖), 胃腸 및 性器들인데, 其中 乳房은 觸診하기가 쉽고 胃腸癌은 女子보다는 男子에게 잘 생기는 傾向이 있다. 그러나 性器 卽 陰, 頸管, 子宮體部, 卵管 및 卵巢

등에 생기는 癌은 그 女子 自信이 느끼는 症狀例, 帶下의 異常, 또는 偶然한 機會에 發見하는수가 많으므로 이 性器癌의 早期診斷은 大體로 어려운것이다. 따라서, 여기에 女子自信의 自覺이 必要하고, 癌에서 保障될수 있는 積極인 癌管理에 參加해야 하고, 또한 하계꿈 하는것은 特別히 強調되는 바이다. 子宮 癌中에서 가장 많은것은 頸部癌이고, 體部癌은 드물게 본다.

#### 子宮頸癌 (Carcinoma of Cervix)

子宮頸癌은 乳癌보다는 적다고 하지만, 一은 女性器癌의 65%를 占하며, 그 死亡率이 더 높으므로 重要視되어있다. 우리나라에서도 이 病으로, 每年 死亡하는 女子의 數는 相當히 많을것이다(미국서는 年 1,500名). 이 頸部癌과 體部癌과의 比는 6 또는 6:1로써 變異가 많다. 頸癌은, 45~55歲頃에 많이 나타난다.

原因: 아직 不明하다. 子宮에 생기는 癌은 다른 部分의것과 달라서 特別히 癌의 家族歷을 갖인 女子에 잘 發生한다는것은 近來 알려졌다. 유태인 女子에서의 發生率은 우리들보다 1/8로 적은데, 그것은 男子가 모두 宗教的으로 生後에 包莖術을 받으므로써 Smegma의 자극을 받지 않기 때문이라고 하지만, 반드시 그런것 같지 않다(Rewell). 早婚(14~15歲)과 여러번 結婚한 女子에 잘생

기고, 特別히 經産婦에는 分産하지 않은 女子에 比하여, 5배나 더 잘 생긴다는 것은 注目되는 事實이며, 따라서 모든 家庭婦人은 特別히 자주 健康診斷을 받아야 할것이다. 또 慢性頸管炎의 자극도 無視할 수 없다.

種類: 頸癌에는 두가지가 있다. 즉, ① Squamous Cell 또는 Epidermoid Carcinoma(扁平上皮細胞癌)은 95%로써 많고, Vaginal portion 即 頸表面部の Squamo-Columnal junction(扁平·圓柱細胞와의 移行部)에서 잘 생긴다. ② 頸腺癌(Adenocarcinoma)은 頸管内의 腺細胞에서 생기는데 드물다(約 5%). 兩者가 다 그 恶性度는 子宮體部癌보다는 훨씬 더 높다.

頸癌의 自然發育(病理): 의 狀態를 時期的으로 보면 다음과 같다.

#### ① Carcinoma in Situ (Intraepithelial 또는 Preinvasive Ca.(浸蝕前癌, 上皮內癌表面癌)

이것은 眞性癌이 上皮層 即 表面에만 局限되고, 아직 基底膜(Basement membrane)을 浸蝕하지 않은 것을 말하는데, 일찍이 1908年 Schottlander 과 Kermauner 에 의하여 報告되었다. 扁平上皮層이 大部分에 있어서는 그 全層이(或時, 部分的 變化로도 될수 있지만) 正常配列을 잃고, 非典型的의 紡垂狀細胞로써 代置되게 된다.

예전에는 Cancer(癌)라는 것은 처음부터 進行性, 浸蝕性이고 또한 없어지는 일은 없다고 生覺했으나 近來 이 極早期인 表面癌은 相當時間 冬眠狀態에 있는 後에 浸蝕하며, 아주 드물게는, 저절로 없어지는 수도 있다고 알려져 있다. 즉 이러한 顯微鏡的 早期癌時期에 있어서는 어느程度 人體가 이에 防禦하려고 하는 傾向이 있다고 본다. 그러나 細胞學的 또는 組織學的으로 보아서 Carcinoma in Situ면, 그것은 틀림없는 癌으로 보아서 治療해야 한다. 發生하는 平均年齡은 37歲로써 浸蝕된 癌보다 約 10年 더 일이다. 大多數에 있어서는 1~18年後에 眞性浸蝕性癌(True invasive Carcinoma)로 되었다고 한다.

妊娠時에 大部分이 Basal Cell Hyperactivity 等の 變化가 생김으로 或時 癌으로 混同될지 모르나 顯微鏡的으로 眞性 Carcinoma in Situ면, 그것은 癌이 틀림없을 것이다. 그러나 이때는 急히 서둘 時期는 아니고 分娩後에 Conization(圓錐狀切除) 등으로 浸蝕與否를 再確認하고 治療해야 한다.

診斷의 難點으로는 이 表面癌때는 不幸히도 女子들에게 아무런 豫告나 症候를 주지 않는다. 이미 臙出血이나 疼痛等の 症候가 나타나면 그때는 벌써 늦었고, 癌은 相當히 進行되었을 것이다. 따라서 女子들은 健康診斷으로써 細胞檢査를 받아야 하

며, 萬一 1回 또는 그 以上の Biopsy(生檢)에서 의심나면 頸의 圓錐狀銳利切除 또는 多面切除를 해보아야 하는데, 事實上 確診을 爲하여 이것을 여러번 反覆하는 때가 많다. 이 浸蝕前癌時期에 限하여서는 細胞檢査나 生檢에서 疑心 난다고하여 곧 子宮剔手術을 해야하는 것은 아니고 長時間 觀察해도 좋은 時期이다.

② Invasive early stage(浸蝕性早期): 症狀이 아직 현저한때가 아닐 것으로 病院에 나타나서 오는 率은 많지 않다. 肉眼的으로, 頸部에 약간 두들어오른 육아성병조를 볼 수 있고 接觸出血이 되기 쉬우며 이 浸蝕性癌과 미란(Erosion)은 肉眼的으로 區別되지 않는다.

③ 中等度로 進行된 時期: 이 시기에 이르면 本人에 현저한 症候가 나타나므로 비로소 病院에 찾아오는 率이 相當히 많다. 유치狀 즉, 꽃처럼 外變性 傾向이 가장 많고 그 外는 內變的 미란性 침윤형으로써 廣인 데까지 侵犯하는 수가 있다.

④ 相當進行時期: 이에 이르면 幼穉狀生長 또는 潰瘍性腔(Ulcerative Cavity)이 더 커져서 出血되기 쉬우므로 診察할 때 주의해야 한다.甚하면 尿管의 閉鎖 膀胱 또는 直腸까지 侵犯될 수 있다.

⑤ Distant Metastasis(遠方轉位): 亦是 많이 볼 수 있다. 末期에는 肝, 肺 및 腦等に 轉位될 수 있다. 骨盤淋巴腺의 침윤은 早期 즉 1

期에서 10~15%이며 이때의 豫後는 이미 좋지 못하다. 癌이 무섭고 難治의 病이라고 하는 理由는 이와같이 一定한 浸蝕前癌期를 지난後 比較的 早期에 傳播 卒 퍼지는 生物學的 性質을 가지고 있기 때문이다. 이 傳播에는 두가지 型이 同時에 行하여지고 있다. 첫째로 가장 많은 것이 次々히 되는 連續性傳播인데 主로 兩側側方으로 浸蝕하여 廣인테로 向한다. 둘째로 轉位인데 比較的 極早期에 癌細胞의 한개 또는 덩어리가 淋巴管을 通하여 멀리 廣인테 밑 腸骨腺과 閉鎖孔窩 또는 極端의 大動脈周圍腺等에 가서 자리를 잡고 二次的 癌을 일으킨다.

따라서 頸癌의 生活像을 治療上 2期로 大別하는데 첫째로 가장 希望의 時期가 浸蝕前癌 또는 早期浸蝕期이고 둘째로 癌이 아직 子宮頸에 局限되어 있는 時期等이다. 一旦 傳播되어서 頸에 가까운 淋巴腺이라도 腺에 侵犯되었다면 問題는 大端히 複雜하고 悲觀的일 것이다. 그러므로 적어도 30歲 以上の 女子는 모두 定期的인 癌檢査를 해야 하며 可及的 早期에 早速한 適當한 治療를 해야 한다는 理由도 여기에 있는 것이다.

**顯微鏡所見** : 核의 變化가 가장 현저하다. 浸蝕癌은 上皮基底膜을 뚫고 氣質內에 侵犯한 것이다. 細胞型이 未熟할수록 放射線治療에 銳敏하다고 認定한다.

**頸의 腺癌(Adeno-carcinoma of Cervix)** : 이것은 드물고 頸管內에서 始作하므로 잘 觀察되지 않는다. 細胞檢査와 生檢(Biopsy)을 해야 하지만, 細胞檢査가 後者보다 確率이 더 높다고 본다.

**頸의 Adeno-acanthoma** : 이것은 惡性腺癌에 良性扁平上皮의 後生(Metaplasia)이 混雜되어 있는것을 말하는데 原發性도 있지만 가장 많은것은 內膜癌에서 直接延長되어 내려오는 二次的 癌이다.

頸에 腺癌이나 Adeno-acanthoma가 發見되면, 頸管和 體部の 소과술을 따로하여, 萬一 頸이 原發部位면 扁平上皮癌과 같이 取扱하고 萬一體部癌의 延長으로 온 二次癌이면 放射線治療를 먼저 한 後에 子宮剔手術을 한다.

**頸癌의 症候** : 不幸히도 早期癌에는 아무 症狀도 없다. 出血은 大部分에 있어서 첫 症狀이라고 말하지만, 다만 進行된 癌에서만 나온다. 따라서 이때는 이미 늦었다. 예전에는 出血이 보이면 癌檢査를 하라고 女性에 敎育하여 왔지만 오늘날에는 出血이나 異常帶下가 없을 때에 미리 또한 定期的으로 檢査를 받으라고 強調하고 있다. 여기서 出血이라는 것은 月經間歇期 또는 性交後의 輕한 出血 및 接觸出血 등으로 나타나는 것이다. 더욱이 頸內의 癌은 出血이 더 늦게 나타난다. 疼痛은 末期에 오고 初期에는 없다. 大部分

의 死因은 側部浸蝕에 依한 尿管壓 迫閉鎖로 오는 Uremia(尿毒症)에 있다.

**頸癌의 診斷:** 現在 腔細胞檢査(Smear)와 組織生檢(Biopsy)으로써 癌을 診斷한다. 이미 出血이 있고 꽃처럼 된 癌의 診斷은 意味가 거의 없다. 그것은 어떠한 方法으로 治療해도 治癒될수 없기 때문이다. 要는 肉眼으로 보이지 않는 早期癌을 診斷해내는데 있다. 이것은 手術을 하던 放射線療法을 하던 100% 治癒되기 때문이다.

① 腔細胞檢査(Cytologic Study): 로써 外觀上 正常인 頸에서도 벌써 癌이 始作했다는 것을 正確히 알 수 있으므로(浸蝕癌이 되기 約 1~18年前에) 이것을 正規的으로 할 것이며 특히 30歲 以上の 經産女性에게는 다 해야한다. 이 檢査費 100~200원은 가장 좋은 生命保險의 投資가 될 것이다. 萬一 權威있는 産婦人科醫師의 이 定期的 檢査를 받는 習慣을 갖인 女性이라면 子宮癌으로 죽는 일은 없을 것이다. 採取方法에 있어서는 主로 頸外口와 腔後穹窿部에서 直接採取하지만, 或間接的으로 탐지 또는 浮遊液에서 採取하는 法도 있다. 癌細胞의 特徵은 核의 變化가 第一 重要하다. 即 核의 크기가 不規則하고 濃染되고 染色質과 립의 凝集, 核이 커지므로 核과 原形質과의 比가 增大된다. 核小體의 數가 많아지며, 또한 커지고 濃染性이다.

老人性腔炎時에는 Estrogen 服用(Stillbesterol 50mg/日을 3日間)을 시킨 後에, 또한 Trichomonas 腔炎時에는 抗生物腔錠을 每日 2回式 3日間 自家서 挿入한 後에 細胞檢査를 하면 깨끗하게 나타나서 診斷하기 쉽다. 腔細胞檢査의 結果는 다음과 같이 判定한다.

I 급: 正常

II <: 非典型的의 그러나 癌은 아니다.

III <: 疑心스럽다. 決定的인것은 아님.

IV <: 癌으로 많이 疑心한다.

V <: 確定的으로 癌이다.

細胞診斷結果 陽性(III 급 以上) 또는 疑心나는 病조가 있으면 반드시 治療始作前에 組織生檢(Biopsy)으로써 確認해야 한다.

② Schiller Test: (1926年): Lugol 液을 頸에 바를때에 非正常 上皮部位에는 褐色으로 變하지 않는다. Biopsy는 이 不染部位에서 떤다.

Colposcope(腔檢鏡)은 美國서는 잘 쓰지 않는다. 렌즈로는 癌을 確診할 수 없기 때문이다.

③ Biopsy(組織生檢): 여러가지 生檢器具와 方法이 있지만 簡便하고 比較的 正確한 方法은 Multiple punch biopsy(多面切除法)을 扁平圓錐上皮移行部の 12, 3, 6, 9時部에서 하는 것이다. 萬一 punch biopsy를 해도 陰性 또는 確實치 않

고 細胞檢査가 陽性으로 나타날 때는 Cold conization(칼로 圓錐切除)을 하는 것이 좋다. 이것은 癌이 頸管內에서도 자주 發生하기 때문이다(이 때에 電氣소작으로 切除해서는 안된다). 소파술은 이 圓錐切除後에 곧 해야한다. 表面癌은 잘 떨어져 달아나기 쉽기 때문이다.

萬一 細胞檢査가 陰性이고 生檢이 陽性(癌)으로 나타나면 틀림없는 癌으로 治療를 해야 한다.

浸蝕前癌 이라고해도 大部分은 그 變化가 現著할 때는 浸蝕癌이 판조직에 併存하는 事實이 있으므로 浸蝕前癌이라는 診斷을 내리기前에 적어도 2回의 生檢과 圓錐切除를 하는 것이 좋다. 頸癌治療後에도 3~6~12個月 마다 週期的으로 繼續 細胞診을 하여 再發與否를 볼 것이다.

豫防策만으로는 癌의 發生率을 減少시킬수 없다는 것을 우리들은 잘 알고 있다. 그러나 定期的 細胞檢査와 生檢을 하므로써 癌을 浸蝕前 早期에 發見할수 있고 이것으로 오적 癌으로 因한 死率을 減少시킬수 있을 것이다.

**頸癌의 臨床的分類(1951 國際分類)는 :**

零期: 浸蝕前癌, 表面癌, 上皮內癌

I期: 癌이 頸部에만 局限된것.

II期: 癌이 頸部를 벗어났지만 骨盤壁 또는 膣의下 1/3까지 侵犯하지 않은 것.

III期: 癌이 骨盤壁까지 가고 膣의

下 1/3을 侵犯한 것.

IV期: 癌이 膀胱 또는 直腸까지를 侵犯한 것.

或 II期를 다시 (a)는 子宮結織侵犯이 없이 膣部만 浸蝕한것 (b)는 子宮結織의 侵犯을 갖인 膣浸蝕等으로 細分하기도 한다.

**頸癌의 治療 :**

癌進行時期와 型等 個別狀態를 參酌하여 適當한 治療方法을 定한다.

① 表面癌(Ca. in Situ)는 全子宮 剔手術 部分的 膣切除術 및 一側卵巢剔手術을 한다(30歲 以下면). 放射療法은 하지 않는다(放射線抵抗癌이 가끔 있으므로). 治癒率은 100% 일.

② 放射療法: 이것은 모든期(〇期除外)에 適用된다. 平均5年生存率은 즉 I期서 70~85% II期서 50~60%, III期서 20~35%, IV期서 若干(0~10%)이다.

放射方法에는 여러가지가 있지만 보통 먼저 X線 또는 Cobalt-60 등으로 約 4週間 深部調査(External radiation)를 하는데 이 目的은 (가) 第一重要한 骨盤側壁部(Point B)에 放射量을 增強시키고, (나) 癌덩어리가 줄어들어 가므로 後에 Radium 挿入이 容易하게 되고, (다) 또한 癌의 退縮으로 確實히 止血效果가 있다. 오늘날 Supervoltage irradiation(超壓照射法)을 試驗的으로 한 結果(例Cobalt 또는 X線特殊裝置) 大端히 轉位된 임파선에 Cancercidal

하므로 淋巴切除術을 일부러 할 必要가 없다고 까지 하며 (Gray), 또한 5年生存率을 높힐 수 있었다고 한다 (I期서 93%).

深部調査에 使用되는 放射性同位元素는 주로 Cobalt-60 이고, 或時 (Cesium-137) 들인데 이들은 人工的으로 生産할 수 있으므로 大端히 廉價이고 라듐보다 強力하기 때문이다. 코발트60은 세슘 137 보다 에너지가 더 强하고 皮膚損傷은 더 적다. 그러나 Cobalt-60 超壓照射時에는 膀胱과 直腸의 損傷이 오기 쉬으므로 勿論專門的으로 잘管理해야 할 것이다. Co-60 은 연부조직과 骨을 同等으로 透過하므로 骨盤骨의 損傷은 적다. X線深部治療에 있어서는 普通裝置로서는 低 中等壓(400 kv以下 Orthovoltage) 照射 밖에 받을수 없고, 다른 補強裝置를 使用하므로써 超壓照射를 받을 수 있다. 이 Orthovoltage X線療法에서 皮膚反應이 甚하지만 超壓療法에서 는 거의 없다.

Intracavitary irradiation (子宮腔內照射)는 上述한 超壓照射나 Co-60 治療를 한 後에 Radium를 (或은 코발트60을) 直接 子宮腔內에 挿入하는 法인데 보통 A點(頸外口에서 2 cm 上方, 다시 2cm 側方 即 頸部)에 6000mgm Hrs. 를 주게 되면 B點 A點서 3cm 側方 即 廢鎖孔部 即 側方結織部)에는 그의  $\frac{1}{3}$ 이 2000 mgm Hrs.가 照射된다. 이 方法을

2期로 나누어 처음 72時間 넣었다가 10日 後에 다시 72時間 넣기도 한다. 여기서 注意할것은 特히 直腸損傷과 膀胱, 尿管의 損傷이 없도록 注意해야 한다. Radium은 自然產放射源으로서 高價이지만 半減期가 길어서 (1600年) Co-60 처럼 (53年) 자주 計算할 必要가 없다. Radium이나 Co-60과의 効果는 거의 同一하다.

그 外에 Au-198의 Colloidal 液의 側方結織內注射法(半減 60時間) 또는 Co-60針挿入法等은 現在 잘利用하지 않는다.

③ 手術療法: 原則的으로 早期即 1期 或은 2期初까지는 子宮腹剝手術(Wertheim法)을 할 수 있는데, 이것의 5年生存率은 約 75%이다. 放射治療가 統計的으로 維持되고 있다.

特히 手術을 받아야 할 適症은 (a) 放射抵抗癌(I, II, III期서 約 10~20% 遙着). (b) 適當한 放射治療完了後에 오는 再發癌等 때이다. 手術式으로는 膀胱까지 드러내는 前장기剝手術, 直腸까지 드러내는 後장기剝手術, 또 全장기剝手術等이 있다.

④ 放射療法과 手術과의 併行法은 아직 一般的으로는 잘 하지 않지만, (放射後 手術하면 漏孔이 잘생기고 癌細胞가 傳播하기 쉽다고 하여) 85%의 5年生存率이 나타나서 좋다고 한다.

⑤ 以上手術도 할 수 없는 末期癌 때는 脊髓側前方切斷術 또는 脊髓腔

內 Alcohol 注射 및 鎮痛劑로 疼痛을 減少시켜 준것들이다.

⑥ 妊娠時의 頸癌은 드물지만 浸蝕癌은 0.4%의 發生率이 있고, 浸蝕前癌 0.5~0.6%로써 非妊娠時와 大差가 없다. 妊娠初期면 放射療法이 가장 좋고(自然 流産이됨), 34週 以上이면 帝切後에 放射療法을 끝한다. 浸蝕前癌이면 滿期까지 기다릴 수도 있고 끝 子宮剔手術 또는 圓錐切除術을 할 수도 있다. 그러나 癌이면 妊娠을 無視하는 것이 原則이다.

#### 子宮體部癌(Carcinoma of Corpus Uteri.)

頸癌다음으로 자주 보는 子宮癌으로써 (1/6~1/3比), 普通 腺癌이 大部分이다. 閉經時 또는 그 後 女子에 잘 온다. 原因은 Estrogen이 子宮內膜을 增殖시키므로써 癌이 된다고 본다. 濾胞호르몬을 長期注射 맞는 것은 피해야 할것이다.

癌의 發育과 臨床的 分類: 大體로 多립(Polyp)같은 癌 組織이 子宮內膜서 생겨서 筋層을 뚫고 나가며 子宮은 數倍로 커진다.

I 期은 內膜에 局限된것, II 期은 筋層淺部까지, III 期은 筋層深部 또는 子宮下部까지 간것, IV 期은 부속기까지, V 期은 골반장기까지 浸蝕된것, VI 期은 遠方轉位가 된것이다. 體部癌은 그 浸蝕 또는 轉位速度가 頸癌보다 천천히 되므로 豫後가 좀 낫다고 본다.

診斷: 閉經後出血(約2/3以上患者)

또는 閉經時의 不定陰出血等이 早期症候이므로 內膜吸引細胞檢査를 하고(90% 以上 確率) 꼭 內膜소파를 하여 組織檢査를 해야 한다. 或은 水樣 糝穢 異常帶下가 나온다. 疼痛은 進行後에만 온다.

治療: 가장 좋은 方法은 子宮內 Radium 照射後 6週를 지나서 子宮剔手術 및 卵管卵巢切除術을 하는 것이다. 5年生存率은 76%이다(子宮剔手術만으로는 64%)이 癌의 治療는 原則的으로 手術이다. 淋巴腺切除術은 效果가 없다고 본다. 手術不可能患者에게는 반복소파술과 라디움을 每3個月間隔으로 全量 9000mgm 까지 주면 우선 效果的이다. 그러나 이 內膜腺癌은 적어도 20~30%가 放射療法에 鏡敏하지 못하다고 많은 著者들은 보고 있다.

#### 婦人癌管理問題

浸蝕子宮癌은 豫防할 수 있는가? Boyes(1963)는 20歲 以上の 女子 146,833名에 對하여 癌細胞檢査事業을 한 結果 6年間에 그 地方에서 828名의 早期癌(浸蝕前癌)을 檢出하였고 浸蝕癌의 發生率을 低下시킬수 있었다고 한다(28.4名 / 10萬人口에서 19.7名으로). 즉 豫防할 수 있다고 본다. 따라서 이러한 事業으로써 子宮癌으로 인한 死亡率은 將來 減少될 것으로 確信한다.

以上을 總括하면 浸蝕된 子宮癌의 即後는 現代醫學으로서 完治시킬 수 없는 病이며, 아무런 放射療法·



手術을 하여도 5年生存率 조차 낮고 (頸癌서 平均 56% 體部癌서 76%에 不過), 結局은 다 죽게 되는 것이다. 그러나 아직 浸蝕되지 않은 極早期子宮癌(零期癌)은 아무런 治療를 해도 거의 100% 完治된다는 事實은 잘 알고 있다. 그리고 이 極早期癌(零期癌)을 잘 檢出해내는 方法도 多幸히 잘 알고 또한 하고 있다. 그러나, Papanicolaou가 처음으로 이 腔細胞檢査方法을 發見한지 20年이나 되는 오늘날 왜 癌의 早期檢出 管理事業이 軌道에 오르지 못하였는가? 하는 것은 慎重히 考慮할 問題이다. 여러가지 要因이 있겠지만 우선 細胞檢査料가 비싸고 出血이나 있어야 檢査한다는 그릇된 概念, 모처럼 한번 癌細胞檢査를 했더니 陰性이므로 그 狀態가 一平生 保障되는 줄 아는 誤認 또한 重要한것은 子宮癌管理의 組織機構의 乏如等을 들어서 그 責任을 느낄수 있을 것이다.

1961年 梨花醫大·延世醫大等에 “암센타”가 創設되었고, 其他 醫大 綜合病院에서도 이때를 前後하여 癌 早期發見을 爲한 細胞檢査가 部分的으로 擡頭하기 始作하였다. 그러나 아직 우리나라에서 國家的 社會的 婦人癌管理機構 乃至 無料檢査制는 없다.

子宮癌을 早期에 浸蝕未然에 豫防 하려면 다음의 3大對策 即 女性的 自覺과 教育, 管理機關 또는 篤志家

의 協助와 專門醫師와 看護員의 責任的協力等이 樹立되어야 한다고 생각된다.

(1) 女性的 自覺: 우선 “癌”이란, 어떻게 女子의 生命을 奪게되는가를 인식시키고 또 왜 一平生 反覆檢査하지 않으면 안되는가?의 必要性을 理解시켜서 認識 積極 自發的으로 이 事業에 主人公으로써 參加하게 하여야 한다. 即

- a. 20歲 以上 經產婦는 모두,
- b. 每年 1回式, 例 어머나날에 腔細胞檢査를 받는다.
- c. 그 結果가 每年 陰性이라도 每年 받아들아야 한다. 1/2~1年丙에 없던 癌이 새로생길수가 있기 때문이다.
- d. 出血이나 帶下症이 있기 前 即 健康時에 檢査를 해야 豫防이 된다는 것이다. 本人이 症狀를 느낄때는 癌이 이미 늦기 때문이다.
- e. 特히 30歲 以上 또는 閉經期와 그 後의 女子는 每年 癌檢査를 계속 하지말아야 할 것이다.
- f. 妊娠時에도 細胞檢査를 要한다.
- g. 每年의 細胞檢査는 女子의 生命保險이다.

(2) 婦人癌管理協會機關의 設置: 를 爲해서는 特히 國家的 社會的 또는 篤志家 등의 援助 育成이 切實히 要請된다.

(3) 專門醫師와 看護員의 責任的 協力等이 必要한 것은 勿論이다.

要컨대 以上과 같은 癌管理對策이 成就되는 날 子宮癌은 早期에 發見

되어 浸蝕癌은 비로소 豫防될 것이 健康의 幸福을 누리게 되리라고 確  
고 그리하여 “癌”으로 因한 不必要 信하여 마지 않는다.  
한 不安과 죽임으로부터 保障되는

## REFERENCES

1. Behrman & Gosling: Fundamentals of Gynecology 392, 1959.  
New York Oxford University Press.
2. Boutsells, Bair, Vorys, Ullery: Carcinoma of the Ut. Corpus.  
A.J. of Ob. Gyn. Vol 85, 994, 1963
3. Boyes & Fidler: Cervical Cancer Control Program in British Columbia.  
A.J. of Ob. Gyn. Vol. 85, 3, 328, 1963.
4. Davis: Carcinoma of the Corpus Uteri.  
A.J. of Ob. Gyn. Vol. 88, 2, 163, 1964.
5. 李圭煥; 子宮癌의 放射線療法에 對한 意見交換 1964.
6. Lewis & Raventos: Radiation Therapy for Cervical Cancer, Clinical Ob. &  
Gyn. Vol. 4, 2, 520, 1961.
7. Novak N. Jones: Novak's Textbook of Gynecology.  
6th Ed. 236, 1961, The Willian's & Wilkin's  
Company.
8. Rening & Javert: Analysis of a Series of Cases of Ca, of Endomet. treated by  
radium & operation.  
A.J. of Ob. & Gyn. Vol.88, 2, 171, 1964.
9. Ter-Pogossian: The physical aspects of Radiation therapy of carcinoma of  
the cervix uteri.  
Vol. 4, 2, 466, 1961.
10. Trant & Benson: Cancer of the Female genital tract.  
American Cancer Society Inc. 1954.
11. Wall: Current therapy.  
1960, 661, 1960.
12. wied & Davis: Cytologic Scrcening during pregnancy.  
Clinical ob.gyn. Vol.6, 3, 594, 1963.