

# 콘디로마 바이러스 감염予防이 必須的

## 癌의 進行速度에 따라 철저한 治療法 요구

이에 비해 이스라엘은 4.5명으로 발생빈도가 세계에서 가장 낮고, 미국과 일본이 비슷한 수준으로 17명 정도인데 전국적인 검진체계(세포진과 필요시 질확대경진)가 갖춰진 핀란드는 12명선 정도이다. 우리나라의 경우 필자추계로는 성적으로 노출된 전여성 10만명중 30명선 전후가 되지않나 생각된다.

자궁암 정복을 위해서 현시점에서 사급히 요청되는 일은 전국적으로 현재 병·의원에서 시행해오고 있는 질세포진(파파니콜로씨 질세포도말검사)을 강화해서 환자나 의료진이 노력해서 암세포 검출의 정확도를 현재보다 훨씬 좋게 끌어올리는 일이다. 그리고 또 한편으로 질확대경진을 병용해서 암조기발견뿐 아니라 암전구 질환(이형증)을 찾아내는 일에 힘써야 할 것으로 보는 것이다. 이러한 일은 실제적으로 부인암 전문의뿐 아니라 일선의 의료인 및 의료보조원들까지도 그 역할을 분담해서 참여토록 함으로써 국민(성적으로 노출된 전여성)집단검진 체제를 입체적으로 시행해야 할 것으로 보는 것이다. 이러한 사업은 의료인이나 의료기관만의 노력으로 완전한 효과를 기대하기 어렵고 불가능하므로 전 여성 자신들의 자발적인 참여가 절대 필요하고 그러기 위해서는 이 방면의 교육과 홍보가 우선되어야 한다고 보는 것이다.

### ◆자궁암이란?

자궁은 여성 생식기관중의 하나로 태아가 수정란에서부터 출

생(上皮内癌: 0기 암으로 나눌 수 있으며 좁은 의미로는 중증이형증과 상피내암을 말할 수 있고 침윤성 경부암은 1기, 2기, 3기 및 4기로 나누어진다.

자궁경부 이형증은 이상세포가 자궁경부의 상피세포에만 덮혀있는 경우이며, 침윤성경부암은 이상세포가 자궁경부 상피를 지나 자궁경부 조직의 기저막 이하의 간질까지 침윤을 일으킨 경우이다.

일반적으로 자궁경부암은 자궁경부염(특히 파필로마 바이러스성)-이형증(경도, 중등도, 중증)-상피내암(0기)-1기-2기-3기-4기의 순서로 진행된다고 한다.

이러한 이형증에서는 약 65%에서 상피내암이나 침윤성 경부암으로 진행이 된다고 하며, 상피내암의 경우에는 대부분이 침윤성 경부암으로 진행되어 간다.

그러나 이러한 과정은 순식간에 일어나는 것이 아니라 상당한 기간(5년내지 13년)을 두고 진행이 되는 것이다. 따라서 초기암인 이형증은 주로 25~35세의 여성에서 많이 발생하며 상피내암은 30대 후반에서 40대 초반에 그리고 침윤성 경부암은 40대부터 60대 사이에서 주로 발생하게 되는 것이다.

침윤성경부암은 대체로 자궁경부에만 암이 국한되어 있는 제1기에서 원격전이를 일으킨 말기(4기)까지 나눌 수 있으며, 병기(病期)에 따른 골반암과절 전이는 그 병기가 높아질수록 그 전이빈도가 높아간다. 대체로 제1기의 자궁암에서는 골반암과절 전이는 15~20%, 제2기에서는

# 婦人癌중 子宮癌·卵巢癌이 대표적 國內女性 10만명에 30명정도 發生

생할 때까지 성장하는 곳으로서 마치 서양 배 모양을 하고 있다.

자궁을 중심으로하여 외음부, 질 및 난소 등이 있다. 자궁의 앞쪽입구 부분은 자궁경부라고 하며 좁은 통로로서 질이나 자궁강내로 개구되어 있으며, 자궁경부의 뒷쪽은 자궁체부라고 하며 수정란이 착상하는 넓은 부위로 되어있다. 이 자궁경부(子宮頸部)는 다시 자궁내막으로 가는 원주상피층과 질벽으로 이어지는 중층평상피(重層扁平上皮)층이 만나는 변환대(變換帶)(transformation zone)를 형성하게 되는데 이 변환대는 생후에서부터 폐경에 이르기까지 metaplasia를 일으키게 된다. 이 화생(化生: metaplasia) 과정에서 세포가 정상적인 범위에서 발달해서 들연 변이세포 즉 암세포로 될 때 우리는 자궁암이라고 하게된다. 암세포로 일단 변하면 조직적으로나 혈관상으로는, 또 효소의 내용 등이 변화를 일으키게 된다. 이것이 엄밀한 의미의 자궁경부암이다. 일반적으로 말하는 자궁경부암이란 이 경부암을 일컫는다.

그러나 해부학적 자궁암이라하면 자궁경부에서 발생하는 자궁경부암과 자궁체부에서 발생하는 자궁내막암으로 나눌 수가 있다. 이중 한국인에서 가장 많은 발생빈도를 나타내는 암은 자궁경부암이라고 할 수 있으며 그외에 자궁내막암이나 난소암 등이 서서히 발생빈도가 높아가고 있는 중이다.

### ◆자궁경부암

자궁경부암은 아주 초기암인 비침윤성경부암(자궁경부암 전구병소 또는 초기암)과 이미 진행이 되어있는 침윤성(浸潤性)경부암으로 나눌 수 있다.

비침윤성경부암 즉 초기암은 넓은 의미로는 이형증(異形症)(경도, 중등도, 중증) 및 상피내

25~40%이고 제3기에서는 50% 이상으로 보고되고 있다.

초기암인 이형증이나 상피내암의 경우에는 주위조직이나 골반암과절 전이도 없기 때문에 이 시기에 발견이 되면 100% 완치가 되는 것이지만 침윤성 경부암의 경우에는 病期가 높을수록 사망률이 높아지는 것이다.

◆자궁경부암에 노출될 위험이 높은 여성: 어떤 여성에서는 다른 부인들보다 더쉽게 자궁경부암에 걸릴 수 있는 경우가 있는데 이러한 여성들을 고위험군 이라고 한다. 자세하고 정확한 원인은 잘 모르나 성관계가 상당히 관여 하리라고 본다.

첫째 20세 이전에 성적으로 노출이 되었던 여성들, 둘째 여러 명의 남자와 성관계를 가졌던 여성들, 셋째 경제적으로 낮은 수준에 있는 여자들이다. 성관계를 하지 않는 처녀는 거의 자궁경부암에 걸리지 않으나 성관계에 노출된 모든 여성은 누구에게나 자궁경부암에 걸릴 가능성이 있다.

이외에도 위험성이 높은 경우는 결혼생활이 불우하거나 초혼, 다임신, 조기의 성교, 난잡한 이성관계 등이 되겠으며 불결한 개인위생 및 매독, 트리코모나스, 헤르페스 및 유두종 바이러스(콘딜로마, 파필로마) 등의 성교에 의해 전파되는 병에 노출된 경향이 있는 경우 등이다.

다음의 표는 본 가톨릭의과대학 산부인과학교실 중앙부에서 환자 스스로가 자궁 경부암에 대한 자기의 위험도를 검사할 수 있도록 만든 표이다. 각 항목의 점수를 통계 기초로 계산하여서 8~11점이면 저위험군, 12~15점은 중등도 위험군이며, 16점 이상은 고위험군으로 정하였다.

따라서 8점 이상인 경우에는 최소 6개월에 한번씩 검진을 받는 것이 좋으며 14점 이상인 경우에는 이보다 더 자주 검진을 받는 것이 좋다(표 1참조).

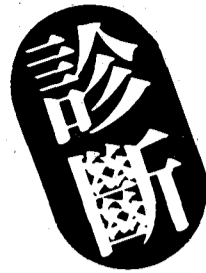


표 1: 자궁경부암 발생위험 예측점수

항 목	점 수		
	0 점	1 점	2 점
1. 결혼상태	행복, 정상		불행(이혼, 별거, 사별)
2. 임신력			
첫임신시 연령	21세이상		20세이하
첫분만시 연령	21세이상		20세이하
분만횟수	0~3회	4회이상	7회이상
3. 성생활 관계			
첫 성관계시의 연령	21세이상		20세이하
성관계후 접촉출혈	없었음		있었음
성병여부(일반성병 및 성기바이러스질환)	없었음		있었음
성교 상대자수	소수		다수
피임과 유산	무	유	
4. 사회적 요인			
경제상태	중 또는 상	저학력(국졸이하)	하
교육정도	고학력		하
주거장소	중도시이상	농어촌	
5. 남편요인			
포경유무	없음		있음
성병여부(일반성병 및 성기바이러스질환)	없었음		있었음
성교 상대자수	소수		다수

### 증 상

초기암인 이형증과 상피내암에서는 거의 임상증상이 없는 것이 특징이며, 내진시 특별한 조작없이 육안상 진찰로는 정상인 것이 대부분이다. 일반적인 자궁경부암의 임상증상으로서 출혈, 대하, 동통 등을 들 수 있다.

가톨릭의대 산부인과학교실의 증상만의 통계에 의하면 대하, 접촉성 출혈, 월경간 출혈, 동통 등의 순으로 되어 있으며 무증상도 상당히 높은 것을 보여주고 있다. 한편 침윤성 경부암 환자라 하더라도 초기에는 대부분의 예에서 특수 증상이 없을 수 있다. 가장 초기의 증상이라면 연한 무색의 대하 또는 가벼운 혈흔이 있는 대하(분비물)라고 할 수 있으나 흔히 환자 자신이 모르고 지나가는 경우가 대부분이다.

침윤성 경부암의 말기증상은 복통이나 하지통으로서 암조직이 요관, 골반벽 또는 좌골신경을 침범함으로써 생긴다.

### 진 단

자궁경부암을 진단하는데는 세포진검사, 자궁경부 확대촬영검사, 질확대경검사, 조직검사 등의 방법들을 사용할 수 있다.

이와같은 모든 진단방법들을 동시에 사용하면 자궁경부암은 100% 가까운 정확한 진단을 내릴 수 있다. 그러나 이중 세포진만으로 위음성율이 높아 진단에 정확성을 기할 수가 없다.

한편 자궁경부암은 평소에 아무 증상이 없더라도 정기적인 검진을 받게되면 초기암인 이형증과 상피내암(0기암)의 시기에 발견할 수 있다. 물론 육안상으로 아무런 병변이 없는 경우도 자궁경부 확대촬영기나 질확대경을 가지고 전문가들은 자궁암 전구 질환이나 초기암의 진단을 쉽게

내릴 수 있다.

① 세포진검사: 이 방법을 질도말법 또는 「파파니콜로」씨 법이라고 하며 미국의 「파파니콜로」박사에 의해 1943년에 보고된 후 전세계에 널리 인정을 받게되어 자궁경부암 조기 진단에 있어서 꼭 필요한 방법으로 인정되었다.

암세포가 될 소질을 가진 이상 상피 세포는 정상적인 세포와는 달리 서로 달라붙는 성질이 있다. 그러므로 그 세포가 떨어져서 자궁경관 분비물이나 질분비물에 존재하게 된다. 이러한 분비물을 검사용 유리에 발라서 특수염색을 하여 현미경으로 검사해보면 암세포 또는 이상세포가 발견되는 것이다.

이와같이 자궁경관 분비물, 질분비물만에 이상한 세포를 발견하여 암의 의심이 있다든지, 확



◆우리나라에서 가장 많은 부인암이 자궁하면 쉽게 위험을 피할 수 있고 일단 생本文특정기사와 관련없음)

# 암

# 치료

실히 암이라든지 또는 암이 아니라 진단을 내리게 되고 최근에 와서는 이형증의 경증, 중등증, 중등 또는 상피내암(0기암)이라는 비교적 세분되고 정확한 진단까지도 붙이게 되는 것이다. 이 세포진 검사는 대하가 많다든가 출혈이 있는 부인이나 아무 증상이 없는 부인들 중에서도 자궁경부암으로 추정되는 환자를 추려내는데 좋은 일차적 진단법이다.

간혹 염증이 심한 때에도 암세포 또는 이상세포와 비슷하게 보이는 일이 적지 않고 또 환자 자신이 검진을 받을 때 질세척(뒤틀)을 깊이 한다든지 하면 진단에 지장을 가져오게 되므로 각별한 주의를 해야하며 결정적인 진단은 다음에 기술하는 질확대경진과 조직전에 의하여 최종확진이 내려진다.

「파파니콜로」박사는 세포의 변화의 정도에 따라서 5단계로 나누었다. 분류-I은 정상적인 경우, 분류-II는 약간 이상하나 정상으로 간주되는 경우, 분류-III은 암의 의심이 있는 경우, 분류-IV는 암의 의심이 짙은 경우,

한다면 자궁경부암인지 자궁체부암인지, 질암인지 확실하게 구별하기가 어려운 때가 있다.

대체로 자궁경부암 및 초기암을 세포진검사로 알아맞추는 정확도는 기술의 숙련도에 따라서 사람마다 다르나 75~80% 전후인 것이 현실적이고, 자궁체암에서는 세포학에 능숙한 전문가에 의해서도 약 56% 정도이다. 따라서 세포진만의 진단은 위음성율에 유의해야 하는 것이다.

② 자궁경부 확대촬영 검사: 자궁경부를 사진으로 정밀하게 확대촬영해서 초기암 유무를 확인

많이 사용하고 있고 한국에서도 10여년 전부터 본대학을 위시해서 도입되기 시작하여 현재는 전문학회까지 생기게 되었다. 질확대경 검사법은 세포진의 보급에 의하여 많은 자극을 받아서 오늘날과 같은 발달과 보급을 가져왔다고 본다.

다시말한다면 세포진에 의하여 암세포 또는 암을 의심케 하는 세포가 어느 부위에서 떨어져서 나온것인가를 눈으로만 보아서는 알 수 없는데 그 부위를 10~40배로 확대하여 보면 암세포나 이상세포가 쌍안경으로서 눈으로는 보이지 않는 가는 모세혈관의 모양 등 암의 독특한 변화를 직접 볼 수 있는 것이다.

이 검사를 할 때에는 2~3%의 초산액으로 분비물을 닦아낸 후 녹색필터어를 걸어서보면 세밀한 미세혈관의 구조가 더욱 똑똑하게 나타난다. 눈으로는 보이지 않는 이상부위를 발견해낼 뿐만 아니라 그 부위가 침윤성 경부암인지 또는 초기암 인지지를 이 검사로서 거의 결정할 수 있다. 질확대경 검사에서 보이는 이상부위를 떼어내어 조직검사를 하는 방법을 조준조직검사라고 한

진단할 수 있다. 세포진 단독의 확진율은 약 75~80%, 질확대경검사 단독으로는 85~95%, 조직검사는 최종진단을 하는 방법으로서 거의 100%인데 이 모든 검사법을 동원하면 약 98%의 정확성이 있다. 조직검사 그 자체는 100%정확하나 조직편을 떼 부위가 잘선택되었느냐 하는 것이 문제이므로 세가지 조기진단법을 종합사용하였을 때 약 98%가 된다는 것이다.

자궁경부암의 조기진단을 받기 위하여 한번 세포진검사를 한 결과가 정상으로 나왔을 때 너무나 안심하고 몇년이고 내버려두면 안된다. 비록 세포진검사 첫번에 발견하지 못한다고 하더라도 한두번 검사를 더 시행하면 대부분의 자궁경부암은 초기에 발견할 수 있다. 따라서 결혼이나 성적인노출이 된 여성은 어느 연령이나 해당되는데 보통 25세 결혼으로부터 1년에 두번씩만 세포진을 정기적으로 받고 또 자궁경부 확대촬영 검사나 질확대경 검사를 겸하게 되면 반드시 자궁암 전구질환이나 초기암인 시기에 발견할 수 있을 것이다. 최근 콘디로



金 丞 兆

〈가톨릭医大〉  
産娠人科 교수

중에도 그 정도에 따라 암소세포와 골반임파절의 제거범위를 전문의 판단에 따라 절제여부를 결정해서 수술하여 99% 이상의 5년 생존과 완치율을 보이고 있다.

제1기 말(Ib)이나 2기 초(IIa)인 경우에는 자궁경부의 병소의 크기가 작고 치료전에 실시한 X선검사(골반컴퓨터 촬영 및 인과관 조영술)나 직장경 및 방광경 검사에서 이상이 없었음에도 불구하고 자궁암 근치술 및 골반임파절절제술을 시행하여 종양조직을 완전히 제거한다. 이러한 경우에는 약 85%~90% 정도의 높은 완치율을 보이게되나 수술후에 검사된 병리조직 검사상 세포의 형태가 나쁘거나 임파선에 전이가 되었을 경우에는 항암화학요법과 방사선 보조요법을 시행한다.

제1기 말이나 2기 초인 경우에도 병소의 크기가 클때에는 수술전에 미리 화학요법을 실시하거나 방사선 요법을 실시해 수술후의 재발 방지에 노력을 한다.

특히 과거에는 방사선 요법은 암의 임상적 병기가 많이 지난 사람들에게만 사용해 방사선 치료에 대한 인식들이 좋지 못함이나 사실은 고통이거나 전신상태가 좋지못하거나, 중앙부위가 수술하기 힘든 부위에 암이 존재할 때에는 수술요법과 동일하게 자궁경부암을 완치시킬 수 있다.

또 2기말 이상의 진행된 자궁경부암의 경우에는 우선 국소적인 질환이라고 보다는 전신적으로 퍼진 상태라고 생각하고 화학요법을 먼저 시행한다음 암부위를 국소화시켜 수술요법이나 방사선 요법을 실시한다. 이러한 화학요법에는 최근에 많은 좋은 약들이 개발되었기 때문에 과거에 기대하지 못했던 좋은 결과들을 보이고 있으므로 자궁경부암의 병기가 너무 지났다고 하여서 절대로 포기해서는 안될 것이다.

### 맺 음 말

이상에서는 자궁암 발생과정과 원인에서도 언급할 지면을 갖지 못했다. 자궁암도 우리나라에 많은 간병이나 간암과 거의 똑같은 과정을 거쳐서 발생한다고 봐야 하는 것이다. 다시 말해서 하루아침에 갑자기 자궁암이 생기는 것은 결코 아닌 것이다. 앞서 언급된 것과 같은 위험인들 즉 콘디로마바이러스의 감염은 절대로 피해야되고 일단 감염이되면 철저한 치료와 감시를 해야하고 또 최신진단법을 동원해서 침윤성암의 진단단계에서 국소치료로 침윤성암으로의 전환을 막아야 하는 것이다. 일단 침윤암이 되면 국소뿐만아니라 임파선 등을 통해서 전신으로 퍼질 수 있기 때문에 전신질환이라는 개념을 가져서 적극적인 치료에 임해야 하는 것이다. 자궁암에 대한 전반적인 파악이 잘되어 있으므로 우리나라에 가장 많은 부인들이 자궁암이지만 부인들이 조금만 더 세심한 자기관리를 하면 쉽게 위험을 피할 수 있고 일단생긴 암치료의 예후도 좋게 할 수 있는 것이다.

**子宮頸部癌 診斷時에는**  
세포진검사·子宮頸部 확대촬영검사·腔 확대경검사  
組織검사등 다양한 方法을 동시 사용으로  
100%에 가까운 정확한 診斷을 받을수 있다.

## 浸潤性 頸部癌 예방에 注力해야 이형증·上皮内癌은 完治率 높아

분류-V는 암이 틀림없는 경우를 말한다. 그런데 실제에 있어서는 분류-I를 분류-II를 음성, 분류-III은 암의 의심으로 하고 분류-IV와 분류-V까지 나누지 않고 세포의 모양과 성질을 보아 이상상피의 경증, 중등증, 중등상피내암 그리고 침윤암으로 판정하게 되었으므로 세포진검사가 단순한 검진의 정도를 지나서 조직검사와 필적할 만큼 세밀한 진단을 할 수 있게 되었다.

세포진검사는 이와같이 조직에 상처를 주지않고 단순히 질분비물의 채취만으로 몇번이고 세포를 아주 쉽게 얻을 수 있으며 검사용 표본도 오랫동안 보관할 수 있다는 장점을 가지고 있다. 그러나 결정적인 결점을 갖고 있는데 이는 검사결과에서 암세포 또는 이상상피 세포가 발견되었을 때 자궁의 어느 부위인지를 알 수가 없다. 다시 말

하는 방법이다. 1980년 미국의 스태프(Staff) 교수가 처음 만들어 사용한 것으로 「씨비코스코프」(Cervicography, 자궁경부 확대촬영술)라고 하며 이때 만들어진 사진을 「씨비그램」(Cervigram, 자궁경부 확대사진)이라고 한다. 이와같은 검사는 자궁경부암 진단에 있어서 최근에 획기적인 영역을 차지하고 있는 의료기구의 중의 하나이다. 이것을 자궁경부를 약한 초산으로 처리한 다음 간단히 사진촬영 하는 것인데 침윤성경부암 뿐만 아니라 초기암의 병소를 진단하는데 매우 효과적이다. 아직도 자궁경부암에 대한 인식이 부족할 뿐만 아니라 질세포진 검사의 정확도가 떨어져서 정기적인 집단검진 체계가 확립되어 있지 않음을 감안할 때에 자궁경부암 진단에 있어서 질세포진과 자궁경부 확대촬영기의 동시 사용이 필요하다고 생각된다.

이 자궁경부 확대촬영은 자궁경부를 홍부 X-선 촬영법과 같이 집단촬영해서 촬영된 슬라이드 필름을 전문가 질확대경진 전문의(colposcopist)가 판독하고 질확대경진의 필요성 유무와 경부 조직검사의 결정을 하게된다.

③ 질확대경검사(腔擴大鏡検査): 자궁경부에 침윤성 경부암 또는 초기암의 변화가 있더라도 초기에는 육안으로는 알아낼 수 없으므로 질확대경을 사용하는 것이 임상적으로 중요하고 필요불가결한 것이다. 이 질확대경(colposcope)은 1925년 독일의 힌켈만 박사가 처음 만든 것으로서 이 검사법은 독일에서 시작된 방법인만큼 독일에서 가장 많이 사용되고 있어서 부인과 병원의 진찰실, 치료실의 부인과 진찰대 옆에는 이 진찰기구가 반드시 준비되어 있다.

최근에 이르러서는 유럽 각국은 물론이고 미국, 일본에서도

그러나 암의 변화가 질경에 의하여 노출되는 자궁경부 표면에 있지않고 자궁경관 깊숙히 안쪽에 있을 때에는 질확대경 검사 불가능하므로 이때는 세포진 검사소견의 참조가 중요하다. 따라서 세포진과 질확대경 검사법을 같이 사용함으로써 암의 의심나는 부위를 정확하게 잡아내어 조직검사를 함으로써 암인지 여부를 판정한다. 이 질확대경 검사법의 문제점을 오랜경험을 가진 전문의를 필요로 한다는 것이다.

④ 조직검사: 자궁경부암의 최종적인 진단은 조직검사로서 의심나는 부위의 조직을 조금 떼어서 현미경으로 검사를 하게 되는데, 이 방법을 조직검사(조직생검)법 이라고 한다. 세포진 및 질확대경 검사로서 침윤성 경부암 또는 초기암의 의심이 있으면 반드시 조직검사로써 확진한 뒤에 본격적인 치료를 하게 된다.

자궁경부에서 조직검사를 하기 위해서는 가장 의심나는 부위에서 한군데 또는 여러군데에서 조그마한 조직편을 조직검사용 기구를 써서 떼어내어 조직표본을 만들고 또 염색을하여 현미경으로 검사하여 조준조직검사를 하면 가장 의심나는 부위를 정확하게 검사할 수 있음은 이미 말한 바와 같다.

조직편을 떼어내는데는 이미 기술한 바와같이 한군데 또는 몇군데에서만 시행하는 방법 이외에 경우에 따라서는 자궁경관 내막 소파술 또는 자궁경부원추절제를 해서 검사를 하기도 한다. 원추절제란 자궁경부를 원추형으로 돌려서 떼어내는 방법인데 검사 자체로 보아서는 가장 정확한 방법이다.

위와같이 하여 조직표본을 만들어 현미경으로 검사함으로써 초기암인 이형증(경증, 중등증, 중증), 상피내암(0기암) 그리고 침윤성 경부암을 가장 정확하게

마 바이러스 감염은 거의 전부 자궁암으로 이행된다는 연구보고가 나오고 있어 이러한 콘디로마 바이러스 감염환자는 그 치료에 특히 유의해서 암전구 질환으로 넘어가지 않게 해야하는데 이러한 바이러스감염 환자는 한국에서도 급속하게 늘고 있는 실정이다.

### 치 료

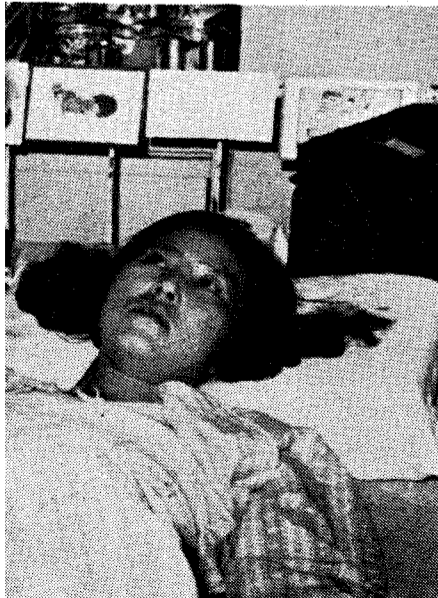
암의 초기암 중 그 전구질환으로써 이형증은 그 정도에 따라 치료방법이 달라지는데 경증은 치료를 하지 않고 관찰할 수도 있으나 가끔 냉동치료나 전기소작 또 최근에는 항암연고나 레이저광선 치료를 할 수 있다.

전기소작은 전기가 내는 열을 이용하여 자궁경부의 비정상적인 부위에 화상을 입혀 파괴시키는 치료방법이며, 냉동치료 방법은 얼리는 방법이다. 두방법 모두 치료도중 환자에게 불편을 느끼게 할 정도는 아니다. 또 전문가의 판단에 따라 국소제거수술을 시행할 수도 있다.

중등 이형증은 경우에는 자궁경부나 경관의 이상조직을 제거(원추제거술)하기위해 수일간의 입원이 필요하다. 물론 이 경우도 환자의 사정과 전문의의 확신에 따라 상피방법을 쓸 수도 있다.

또 경우에 따라 상피내암의 치료는 개복수술을 하지 않고 질을 통하여 할 수 있으며 수일내로 회복이 되지만 젊은 여성이나 아기를 갖기 원하는 여성은 원추절제술만 시행하기도 한다. 상피내암을 가진 나이많은 여성에게는 자궁을 질식수술로나 개복술을 통해 제거할 수가 있는데 이것을 전자궁 적출술이라고 한다.

일단 침윤성 경부암이되면 임상적 병기에 따라 절제하고 결정적인 치료법이 요구된다. 제1기초(Ia)는 전적으로, 전자궁절제술을 시행하는데 그 기초



이만 부인들이 조금만 더 세심한 자기관리를 치료의 예후도 좋게 할 수 있다(사진은