

자궁경부암 환자 간호

안 영 란

(서울대학교 병원 산부인과 수간호사)

자궁경부암은 한국 여성암중 제 1의 발생빈도를 나타내는 질환이며 1993년도 보사부 암등록 조사 자료에 의하면 1년에 약 5,000명정도의 신환이 발생하며 여성암의 약 22%정도를 차지하고 있다. 비교적 조기발견이 가능하여 예방 및 근치가 가능한 질환이다. 자궁경부 침윤성 암의 호발 연령은 35세-50세이나 최근에는 35세미만의 젊은 여성에서 발생이 증가하고 있다. 0기암(Carcinoma in situ)은 25-40세군에서 흔히 발견된다.

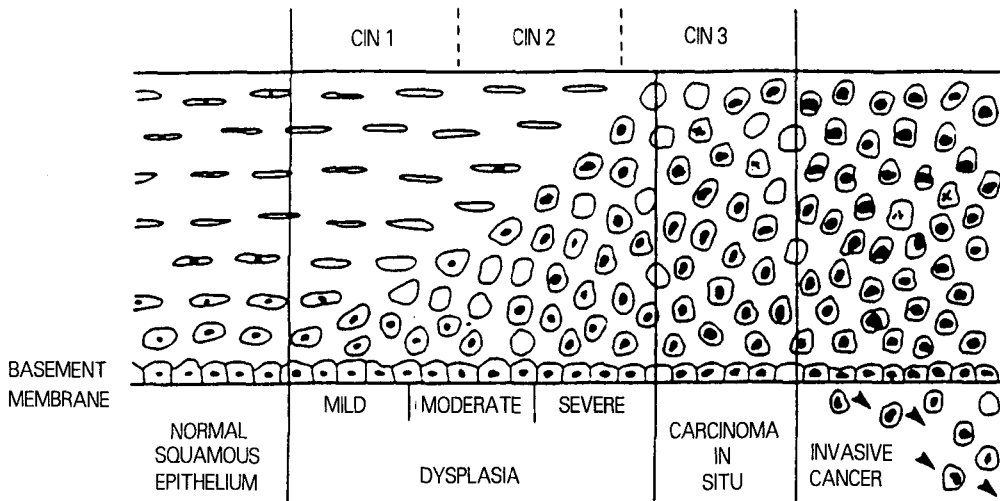
자궁경부암 발생과 관련된 여러 위험요인을 보면, 20세 이전에 첫 성교한 경우, 일생동안 2명 이상의 성상대자를 가진 사람, 성병의 경력(특히 Human Papilloma Virus, Herpes Simplex Virus Type 2), 비정상적인 P.A.P. Smear, 낮은 사회경제적인 계층, 흡연, 자궁의 D.E.S.(고위험산모에게 투여된 합성 에스트로젠)에의 노출, 많은 성상대자를 가진 파트너, 경구 피임약 복용자 등을 들 수 있다.

최근에는 인유두종 바이러스 (Human Papilloma Virus)감염과 자궁경부암의 발생에 대한 연구가 활발하여 특히 H.P.V. 16, 18, 31 Type 등이 흔히 암에서 보이며, 침윤전 암에서는 명백한 증거가 제시되고 있다.

자궁경부상피의 형태학적 변화를 보면, 사춘기 전 여성에서 외자궁경(Exocervix)은 편평상피(Squamous Epithelium)로 이루어져 질에 연속되어 있고 자궁경내막(Endocervix)은 원주상피(Columnar Epithelium)로 이루어져 자궁내막에 연속되어 있는데, 초경전에는 외자궁경의 편평상피와 자궁경 내부의 원주상피사이의 접합부는 대개 뚜렷하나 초

경시 자궁경부가 성장함에 따라, 특히 임신시, 내자궁경이 생리적으로 외번함에 따라 내자궁경의 선과 원주상피가 해부학적 외자궁경으로 외번된다. 외자궁경에 나타난 원주상피가 질의 환경에 노출되면 점차 편평상피로 치환되게 되는데 이런 원주상피에서 편평상피로의 변화를 화생(metaplasia)이라고 하며 이런 변화가 일어나는 부위를 변형대(Transformation Zone)라고 말한다. 즉, 외적 암 유발인자에 의해, 숙주반응에 따라, 외자궁경의 편평-원주상피 접합부(Squamous-Columnar Junction)의 화생 상피(Metaplastic Epithelium)에서 암변형이 되기 쉽다고 보고 있다. 자궁경부암의 자연사(Natural History)는 다음과 같다. 악성변화의 첫단계로 정상상피에 현미경학적 변화가 발생하는 데 이를 이형증(Dysplasia)이라 하며, 이형증이 상피내암(Carcinoma in Situ)이 되고 다시 침윤암으로 발전하게 되는 데, 상피내암에서 침윤암으로 진행되는 과정이 10년 이상이 걸리고 치료받지 않을 경우 사망하는 데 15년 이상이 걸리게 된다. 그러므로 자궁경부암은 갑작스럽게 발생하는 것이 아니고 반드시 자궁 경부 상피내 종양의 단계를 거치는 일련의 과정으로 보기 때문에 암전구 병소에 대한 판별검사가 중요하다. 그러나 모든 상피내 종양이 암화되는 것은 아니며 전체적으로 60%정도에서 진행되며 40%는 병변이 소멸되거나 그대로 남아있게 된다.

- 매우 경한 이형증(Very mild Dysplasia) · 7년 ...> CIS
- 경중 이형증(mild Dysplasia) ····· 5년 ...> CIS
- 중등 이형증(Moderate Dysplasia) ·· 3년 ...> CIS
- 중중 이형증(Severe Dysplasia) ···· 1년 ...> CIS



자궁경부 상피내 종양의 진행과정

조직병리학적 분포를 보면, 편평상피세포암(Squamous Cell Ca.)이 약 90%를 차지하며 이는 다시 조직학적으로 large cell keratinizing, large cell non keratinizing, small cell type으로 나뉜다. 자궁경관의 원주상피에서 발생하는 선암(Adenocarcinoma)은 10%를 차지하며, 자궁경부내에서 발생함으로 인해 조기 발견이 늦어져 편평상피세포암보다 예후가 더 나쁘다. 선편평상피세포암(Adenosquamous Cell Ca.)은 드물고 예후도 나쁘다.

1. 진단

자궁경부암의 조기 진단에 중요한 검사법은 질 세포진과 질확대경 검사를 들 수 있는데 이 두가지 방법은 서로의 장단점을 보완하여 시행된다. 확진을 위한 검사로는 조준 생검과 환상투열요법(LEETZ)을 들 수 있다.

1. 세포진 검사

(P. A. P. Smear : Papanicolaou Test)

비교적 값싸고 고통이 없는 간단한 방법으로 최근 18세 이상의 여성, 성적으로 활발한 여성은 최소한 매년 1회의 세포진 검사를 하도록 권장하고 있으며 3번이상의 음성 결과가 나온 경우 의사의 판단하에 덜 자주 할 수 있다. 자궁경부 상피내

종양의 경우 90%가 발견되지만 이 검사의 단점은 위음성률과 위양성률로 위음성률은 보통 편평상피 병변(Squamous Lesion)의 경우 20~30%, 선암의 경우 40%, 침윤성 암은 (대부분 궤양 및 감염이 동반되므로) 50%정도의 위음성률이 보고되고 있다. 따라서 정기 검진의 필요성이 대두된다. 대부분의 병변이 변형대(Transformation Zone)에서 기원하므로 검체 채취부위는 반드시 이 부위의 세포가 채취되어야 한다. 질윤활제(Vaginal Lubricant)를 쓰지 않고 질경(Speculum)을 질에 삽입한 후 Cytobrush로 후형개(Posterior Fornix)의 점액을 채취하고, 그 다음 자궁경부를 360도 회전하여 굽어 내되 반드시 변형대가 포함되도록 하며 자궁경내막(Endocervix)의 검체를 채취해서 슬라이드에 얹어 도말한다.

검체 채취전 24시간안에 질세척을 하지 말아야 하며 부인과 진찰전에 시행한다. 도말후 즉시 95% 에틸 알콜에서 15분이상 고정되어야 한다. 공기건조될 경우 세포형태가 심하게 왜곡되어 판독에 지장을 주거나 불가능하게 되기 때문이다.

보고체계를 보면 과거에는 5분류 체계로 기록되어 세포진의 이상정도에 따라 Class I - V 로 구분하여 이상세포가 없으면 class I, 염증으로 인한 이상세포 출현시 class II, 비정상 유핵세포 변화

(dyskaryotic change)시 class III, 암을 생각할 수 있는 세포상의 출현시 class IV, 침윤암을 시사할 만한 세포상이 있으면 class V로 분류한다. 근래에는 1988년 미국 NCI가 주관한 워크샵에서 만들어진 새로운 진단 체계인 Bethesda System으로 보고되고 있다. 이 시스템은 (1) 검체가 적합한 가에 대한

서술(양호, 양호하나 제한됨, 불량), (2) 일반적인 범주(정상, 양성 세포변화, 상피세포 이상), (3)서술적 진단으로 이루어져 있다. Bethesda System은 Low Grade, High Grade Squamous Intraepithelial Lesion으로 소개하여 LSIL은 Condyloma, CIN I를 포함하여, HSIL은 CIN II, III 를 포함한다.

세포진단 분류체계의 비교

Bethesda System	Dysplasia/CIN System	Papanicolaou System
Within normal limits	Normal	I
infection (organism should be specified)	Inflammatory atypia (organism)	II
Reactive and reparative changes		
Squamous cell abnormalities		
Atypical squamous cells of undetermined significance	Squamous atypia	II R
Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)	HPV atypia	
High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)	Mild dysplasia Moderate dysplasia Severe dysplasia	CIN1 CIN2 CIN3
Squamous cell carcinoma	Carcinoma in situ Squamous cell carcinoma	IV V

CIN = cervical intraepithelial neoplasia.

2. Schiller Test

정상 자궁경부 상피는 글리코젠을 함유하므로 요오드 용액을 도포시 글리코젠과 반응하여 마호가나(적갈색)색조를 띄우나 (Shiller, negative 또는 Iodine positive) 이형증이나 암의 경우 글리코젠이 없거나 적기 때문에 요오드에 착색되지 않아 정상 부위와 뚜렷한 대조를 이루어 Mustard Yellow staining이 된다(Shiller, positive 또는 Iodine Negative) 이 검사는 세포진이 양성으로 생검으로 모든 병소를 포함해야 할 때와 질확대경을 이용할 수 없을 때 이용된다.

3. 질확대경 검사(Colposcopy)

질확대경 검사는 자궁경부의 이상소견을 놓치지 않고 발견할 수 있어 세포진 검사의 위음성인 오진을 바로잡을 수 있고 이상소견의 종류, 정도 및 범위를 알아 낼 수 있고 가장 심한 병변 부위를 파악

하여 조준 생검도 할 수 있는 이점을 갖는 중요한 검사이다. 세포진 검사가 비정상적일 경우, 집축성 출혈이 있거나 암이 의심되고 병소가 보이는 경우에 이용되고 있으며 또한 최근에 자궁경부암의 원인이 되는 인유두종 바이러스 감염을 임상에서 쉽게 진단할 수 있어 그 필요성이 지대하다. 일반적으로 사용되는 질확대경 기구는 입체적인 양안(binocular optical) 현미경으로 배율이 6-40배 정도이다. 검사방법은 외음부의 병변여부를 먼저 확인한 다음 흑색 질경을 삽입하여 질벽 및 자궁경부를 관찰한 후 세포진 검사를 시행한다. 이 때 주의할 점은 질경 삽입시나 세포진 검사시 자궁경부에 출혈을 일으키지 말아야 한다. 생리식염수나 슝으로 자궁경부의 점액을 제거하고 3% 초산용액을 바른 다음 다시한번 남아 있는 점액을 제거한다. 질확대경검사는 먼저 저확대비율로 편평상피나 원주상피를 관찰한 다음 소위 변형대(transformation zone)

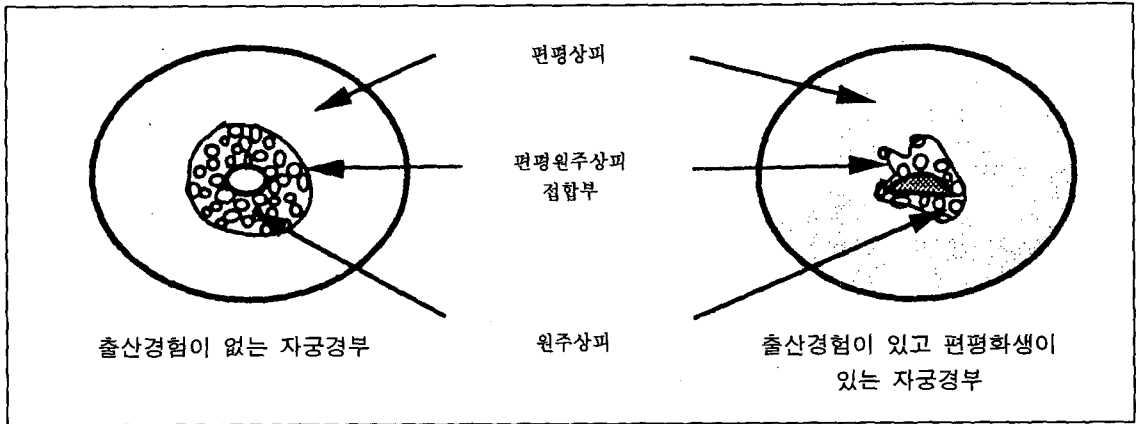
를 관찰하는 데 초산용액 처치 20-40초후에 하는 것이 좋으며 명확한 병변이 보이지 않을 시에는 재차 초산용액을 도포하여 시간을 충분히 갖고 관찰한다. 혈관모양을 관찰할 시는 녹색 활타를 사용하는 것이 좋으며 백색 병변과 정상 상피가 잘 구별되지 않을 시는 요드 검사를 해 볼 수 있다. 비정상 상피세포는 정상세포보다 핵과 세포질내 핵산을 비롯한 단백질의 함량이 높으므로 식초산 첨가시 희고 불투명한 상태를 보여주게 되며 병변이 심할 수록 더 심하게 나타난다. 이 검사의 단점은 경관내 상피나 편평원주상피접합부가 경관내로 상행한 폐경기 전후의 부인에서는 관찰이 불가능하다는 점이다.

(1) 정상 질 확대경 소견

- 정상 편평상피(Original Squamous Epithelium) : 질경부의외구(external Os)바깥쪽의 편평상피로 구성된 부위로 평활하고 연한 분홍색을 띠며 혈관들은 잘 보이지 않는다. 폐경기 후에는 상피가 얇아져 상피하의 모세혈관망이 잘 보이게 된다.

- 정상 원주상피(Original Columnar Epithelium): 질경부의 편평상피와 자궁내막 사이에 위치하는 단층의 원주상피로서 초산용액을 바른 후 관찰시 정상 혈관을 가진 작은 음모 또는 포도 송이 모양을 하고 있다.

- 정상 변형대 : 편평상피와 원주상피 사이에 여러 정도의 성숙 변화가 나열되어 있는 일종의 화생상피(Metaplastic Epithelium)로 구성된 부위로, 암이 발생하는 곳이므로 검사시 가장 중요하다.



정상 질 확대경 소견

(2) 비정상 질 확대경 소견

- 아세트 백색상피(Acetowhite Epithelium) : 화생세포들이나 이형세포들은 초산용액으로 처치시 백색을 띤 상피로 보이며 두께가 두껍거나 불투명도가 클수록 이형도가 심하다.

- 적점(Punctuation) : 이상상피의 증식으로 기질의 유두내 수질의 모세혈관 첨단부가 점상으로 보이는 국한된 이상병변으로 모세혈관이 확장되어 조악하고 불규칙하며 간격이 넓은 적점일수록 악성인 가능성이 많다.

- 모자이크(Mosaic) : 이형상피의 주위에서 혈관이 옆으로 가지를 쳐서 바구니같은 모양의 혈관 막을

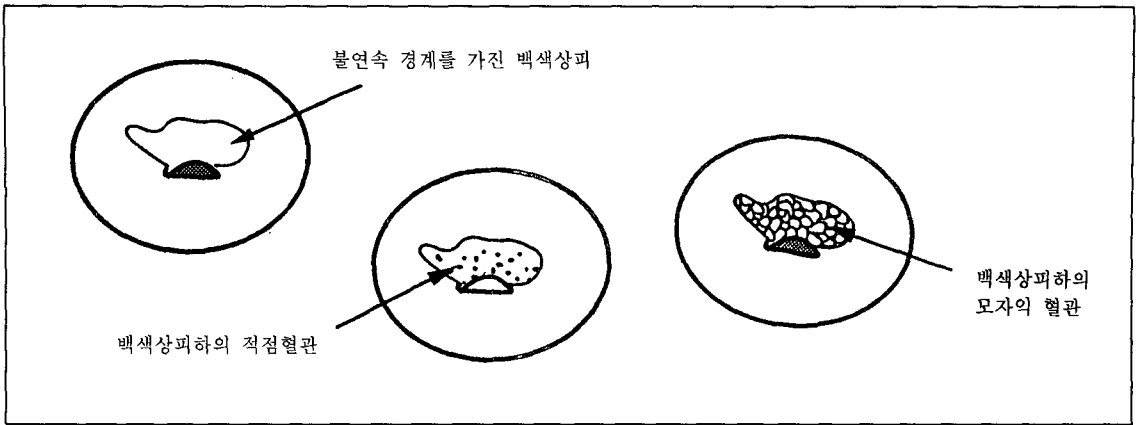
형성하며 질확대경소견상 다양한 모양의 모자이크를 보여주는 형태이다.

- 백반(Leukoplakia) : 케라틴의 축적으로 자궁경부의 편평상피층이 두꺼워져서 초산용액 도포 없이 흰점 또는 편평한 흰반점으로 보이는 소견으로 표면에는 혈관이 관찰되지 않으며 주위와 경계가 명확하다.

- 비정형혈관(Atypical Vessel) : 혈관의 모양, 지름 및 주행이 불규칙하며 혈관 간격이 넓어진 상태를 말한다.

(3) 침윤암의 질확대경 소견

자궁경부 표면 모양이 불규칙적이며 여러가지



비정상 질 확대경 소견

형태의 비정상 혈관이 보이며 접촉성 출혈이 있는 것이 특징이다. 침윤의 정도가 심한 경우에는 자궁경부 표면의 궤양과 함께 2차 감염으로 인하여 조직 파괴가 심한 병변도 보여준다.

(4) 질 확대경 검사의 진단기준

혈관모양, 모세혈관 간격, 표면상태, 색조, 경계의 명확도 등의 5가지 소견을 그 정도에 따라 각각 Grade 1, 2, 3 으로 나누어 진단한다.

4. 조직생검(Biopsy)

1) Punch Biopsy : 자궁경부에 비정상 소견이 있을 시는 조직검사를 시행하는 데 이 때에는 질확대경상의 병변중 가장 심한 부위를 기질이 나올 정도로 깊게 생검하는 것이 좋으며 지혈은 가능한 한 꺼즈백킹으로 하여 조직손상이 되지 않도록 하는 것이 가장 좋으나 심한 재출혈이 있을 시는 예외적으로 부분적인 전기, 레이저 소작 및 결찰을 시행한다.

2) 환상투열요법(Large Loop Excision of the Transformation Zone, LEETZ) : 1984년 Cartier가 고안한 Loop Diathermy의 원리를 이용하여 1989년 Prendiville등이 큰 환상 고리를 이용하여 절단과 응고를 동시에 가능하게 보완한 방법으로 Loop Electrosurgical Excision Procedure(LEEP)라고도 불린다. 자궁경부 변형대 조직을 절제하는 원추생검의 한 방법으로 국소파괴요법과 원추생검의 장점을 겸비하여 시술시간이 짧고 시술방법이 간편하여 입원이나 전신마취가 필요치 않아 외래에서 쉽게 이용할

수 있다. 변형대 전체를 한꺼번에 절제할 수 있으므로 1회의 시술로 진단과 치료가 가능하며 다른 국소파괴요법과 달리 조직을 파괴하는 것이 아니라 제거한다는 것이 최대의 장점이다. 편평-원주 상피 접합부를 관찰할 수 없을 때, 질 세포진, 질 확대경, 조직생검의 결과가 일치하지 않을 때 적용된다.

3) 자궁경관내 소파술(Endocervical Curettage) : 세포검사상 비정상 소견이 있으나 질확대경검사상에는 이상소견이 없는 경우에는 반드시 미세 curette를 사용하여 자궁경관내를 소파하여 숨어 있는 병변을 발견하도록 한다.

II. 임상적 증상

비정상적 질 출혈로 월경 간격이 줄거나 월경량 또는 월경기간의 증가, 월경사이의 출혈, 접촉성 출혈이 있거나 담홍색 또는 약간 피가 묻은 정도의 질분비물이 있을 수 있다. 약간 진행된 경우, 비뇨기계 증상(배뇨 초기 곤란, 요의 긴박감, 배뇨시 동통, 혈뇨)이 있다. 직장예의 침윤 또는 압박으로 인해 변비, rectal tenesmus, 직장출혈이 있게되고 국소 임파절(Regional Lymph nodes)로 침범되면 하지 부종이 있다. 또한 Lower Back Pain, 서혜부 동통, 하지의 동통이 있을 수 있다.

III. 분 류

1) 자궁경부 상피내 종양(Cervical Intraepithelial

Neoplasia : CIN)

- CIN I - 경증 이형증(Mild Dysplasia) : 상피층의 하 1/3이 이형성 변화가 있을 때
- CIN II - 중등 이형증(Moderate Dysplasia) : 상피층의 중간 1/3까지 이형성 변화가 있을 때
- CIN III - 중증 이형증 (Severe Dysplasia) : 상피층의 상 1/3까지 포함했으나 표면에는 아직 성숙 세포가 존재할 때

상피내암(Carcinoma in Situ) : 전 상피세포층이 이상세포로 대체되었을 때를 말하며 기저막을 통한 기질이나 임파선에 침윤이 없어야 함. 중증 이형증(Severe Dysplasia)과 객관적으로 구별이 어려워 같은 분류에 포함시킨다.

2) 침윤성 자궁경부암(Invasive Cancer of Cervix)

(1) 임상적 병기 결정 : 기본적인 검사외에 CT 또는 MRI, Cystoscopy, Intravenous Pyelography, Sigmoidoscopy 등이 시행되며 필요시 질식 초음파 촬영술이 추가될 수 있는 데 종양의 크기와 주위 침범 여부를 보는 것은 치료 계획에 중요하다. 전산화 단층 촬영의 전체 병기결정 정확도는 58-88%이며 stage IIIb-IVb에서는 92%까지 가능하다. C.T.의 가장 중요한 한계점은 Parametrial Tumor Invasion에 대한 정확도가 30-58%로 낮다는 점이다. 그러나 자궁경부암에서의 C.T.의 역할은 ① 국한된 종양과 Parametrial Extension을 감별하고 ② 크고 불규칙한 종괴에서 임파절 전이를 구분하고 ③ 종양의 크기 및 파급정도, Occult Metestasis의 발견, 4)항암요법 및 방사선 요법을 위한 종양크기 측정을 하는 것이다. MRI는 자궁방 결합조직(Parametrium)으로의 전이를 판별하는 데 CT보다 우수하다고 알려져 있다. 참고로 자궁경부암 치료후 5년 생존률을 보면 (1977-1982년 S 대학 병원) Ia기 : 100%, Ib기 : 80.8%, IIa 기 : 74.5%, IIb기 : 66.8%, III기 : 51.9%, IV 기 : 27.4% 였다.

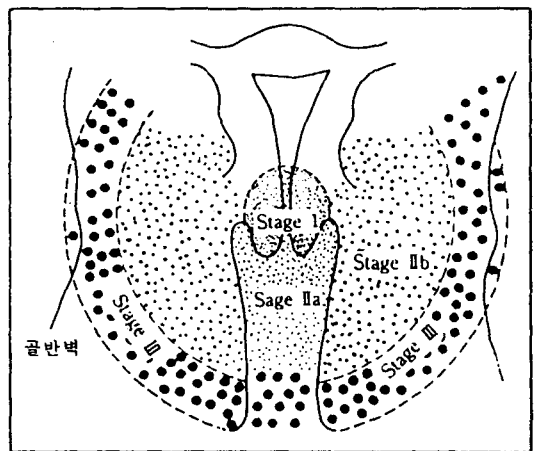
(2) 임상적 병기 분류

산부인과 국제연합 (FIGO)에 따른 병기 분류

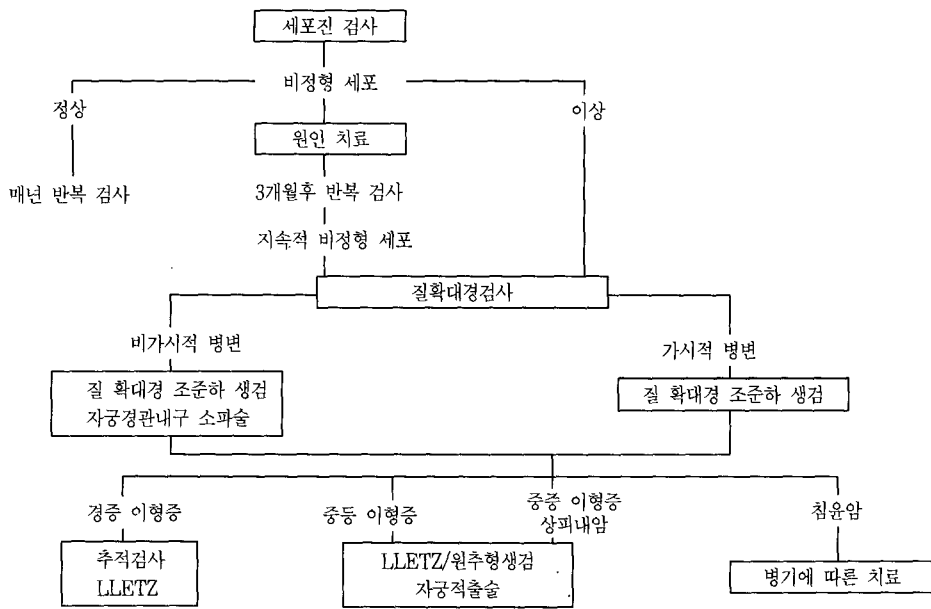
- 0 기 : 상피내암
- I 기 : 자궁에 국한된 자궁경부암
- I a기 : 현미경으로 진단된 침윤성 암

- I a 1기 : 기질에서 1mm이하의 침윤
- I a 2기 : 기질에서 5mm이하의 침윤, 7mm이하의 넓이로의 침윤
- I b기 : Ia 2보다 종양크기가 더 클때
- II기 : 자궁경부이상 침윤되었으나 골반벽에 침윤되지 않았거나 질하 1/3 이하일 때
- II a기 : 자궁방 결합조직의 침윤이 없는 경우
- II b기 : 자궁방 결합조직의 침윤이 있는 경우
- III기 : 골반벽에 침윤되거나 질하 1/3이상 침윤된 자궁경부암.
- 신부전증, 신수종(Hydronephrosis)이 있을 수 있다.
- III a 기 : 질하 1/3이상 침윤되었으나 골반벽에 미치지 않음.
- III b 기 : 골반벽의 침윤 또는 신부전증,신수종이 야기됨.
- IVa 기 : 방광 또는 직장점막에 침윤되거나 진골반(True Pelvis)이상 침윤.
- IVb 기 : 원 거리 전이.(Distant Metastasis)

* 현미경적 침윤(Microinvasion) : 암 상피가 기질에서 3mm 이하로의 침윤을 말하며, 림프나 혈관으로 침범되지 않음(1974년 부인과 암 학회에서 권고).



자궁경부암의 병기(Staging)



자궁경부 상피내 종양의 처치 방침

V. 치료 및 간호

1) 자궁경부 상피내 종양

- 치료원칙(도표 참조)

1. 관찰
2. LLETZ
3. 자궁적출술

• 자궁적출술 환자간호 : 암종이거나 비암종이거나 자궁적출술이 여성의 심리에 미치는 영향으로는 1) 여성으로서의 상징적인 기관의 상실 2) 월경기능의 상실 3) 임신기능의 상실 등 여성으로서의 능력감 상실 4) 수술후 성생활의 변화 5) 배우자 태도 변화에 대한 불안감 등을 생각해 볼 수 있으므로(이정균 외, 1986) 환자 및 배우자에게 여성생식기에 대한 구조 및 기능을 이해시키고 성생활변화에 대한 불안감을 해소시켜 폐경전기 여성인 경우 여성호르몬은 분비되므로 수술후 성생활에 아무 문제가 없음을 교육시켜야 한다. 수술후 보통 6주후에 성생활은 가능하다. 또한 수술전 우울 병력이 있거나, 자궁에 대한 여성성의 이미지를 강하게 받아들이거나, 자아상이 강하지 못한 경우, 가족이나 친지로부터 정서적 지지를 충분히 받지

못한 여성의 경우, 특히 정서적 간호 및 상담과 성교육은 필수적이다. 수술후 흔히 호소하는 불편 증상은 장기능 감소로 인한 가스팽만이며 이는 산책 및 Heating Pad 적용이 도움이 된다. 또한 가스 생성 음식 섭취를 당분간 피하도록 한다. 조기 이상은 수술후 생길 수 있는 유착(Adhesion)을 예방하고, 수술후 회복을 빠르게 한다. 수술후 피로감은 심하여 충분한 휴식과 수면이 필요하며 수술 이전의 상태로 회복되는 데 평균 8주간이 걸리며 적응에 영향을 미치는 요인에 따라 회복기간의 범위는 6개월에서 3년까지 가는 경우도 있다. 수술후 3-6개월정도 수술부위가 아프거나 멍기고 쑤시는 증상을 호소하나 이는 수술로 인한 말초신경 손상이 회복되는 것이므로 안심시킨다. 질분비물 및 질출혈은 수술후 3-4주간 있을 수 있으나 염려할 필요는 없다. 이는 질 전후벽을 봉합한 자리가 회복되는 과정에서 나타난다. 그러나 퇴원전에 미리 알려주어 퇴원후에 환자가 당황하는 일이 없도록 한다. 수술후 배뇨장애가 있을 수 있으므로 유치도뇨관 제거후(수술후 24시간 경과시) 배뇨를 잘하는지를 평가해야 하며 방광팽만이 없는 지 반드시 관찰해야 한다. 배뇨장애는 시간이 경과됨에 따라

완화됨을 알려주어 안심시킨다. 수술후 4-6주까지 무거운 물건을 들어올린다거나(신생아를 안는 것도 삼가한다), 빨래, 청소, 쇼핑, 운전, 3-4층이상의 계단오르기 등 힘든 일을 삼가하는 것이 좋다. 대부분의 여성은 가사부담의 책임을 지므로 회복기 동안 가족 및 배우자가 환자를 지지해주고 가사를 돕도록 충분히 이해시켜야 한다.

2) 침윤성 자궁경부암

• 치료원칙 : 0기는 단순자궁적출술, I기 및 IIa기까지는 근치적 자궁적출술과 양측 임파절 절제술을 시행하며, 수술후 병리조직검사상 임파절 전이, 절단면에 잔류암 존재, 암세포의 혈관 및 임파관 침범등과 같은 위험요소가 있을 경우 방사선 치료를 추가로 시행하며 IIb기, III기 및 IV기는 방사선 치료를 시행하나 환자의 상태에 따라 치료방법의 변경이 있을 수 있다.

• 치료후 추적검사 : 재발은 일차 치료후 2년 이내에 60%, 5년 이내에 90% 이상에서 발생되므로 첫 2년간은 3개월마다, 이후 3년간은 6개월마다, 그 이후는 1년마다 추적검사를 실시한다.

(1) 수술요법 : 근치적 자궁적출술은 자궁 및 질의 상부 1/3-1/2, 자궁전골인대 및 양측 자궁방결합조직을 암의 진행정도에 따라 제거하고 주요 골반 임파절을 제거하는 것으로 장이나 방광, 요관 및 골반의 큰 정맥에 근접하여 광범위한 박리로서 방광, 직장 및 요관의 손상을 가능한 방지 및 감소시키고 자궁경부에 관련된 조직을 광범위하게 제거하는 것이다. 임상 병기에 따라 변형된 근치적 자궁적출술(Modified Radical Hysterectomy ; Wertheim's Operation)이 시행될 수 있다. 젊은 여성의 경우 수술적 치료가 선호되는 데 난소의 기능을 보존할 수 있으며 치료후 성적 기능의 변화가 적기 때문이다. 합병증으로는 출혈, 수술후 방광기능장애와 임파관종 형성이 흔하다. 최근 수술 기법의 발달로 수술로 인한 누공 -요관질루(Ureterovaginal Fistula), 방광질루(Vesicovaginal Fistula)의 발생은 1-2%로 감소되었다.

근치적 자궁적출술시 간호를 살펴 보면, 일반적으로 자궁적출술 환자 간호와 유사하나, 차이점은

다음과 같다. 유치도뇨관은 수술후 8일째되면 방광훈련을 5일간 실시 후 제거되며 요정체 유무를 확인하기 위해 방광 팽만을 사정해야 하며 뇨의를 충분히 느끼지 못할경우 3~4시간 마다 의도적으로 소변을 보도록 한다. 잔뇨량은 배뇨후 5분 이내에 체크한다. 수술부위에 헤모백(Hemovac)이 삽입되므로 이에 따른 배액관리 및 출혈여부 관찰이 필요하다. 하지에 임파성 부종이 생길 수 있으므로 관찰을 요하며 하지를 높이고 탄력스타킹을 적용할 수 있다. 또한 수술후 올 수 있는 인공 폐경증상에 대해 사정하고 환자에게 인식시킨다. 따라서 칼슘이 많은 음식을 섭취하도록 하며 정기적인 운동 및 저지방식을 권유한다. 난소의 제거로 질의 건조가 있으므로 수용성 젤리를 사용하도록 한다. 의사에 따라 Vaginal Estrogen cream이 처방되기도 한다. 호르몬 대체요법이 적용되는 경우, 유방암 등 암재발에 따른 위험성 및 호르몬 대체요법의 유용성에 대해 충분히 인식시켜야 하고 호르몬 대체요법전에 기본적으로 단순 유방촬영과 골밀도 검사가 이루어져야 한다. 방사선 치료를 병행하지 않고 수술만 받은 환자의 경우에는 비교적 성생활 장애가 적으며 환자 및 배우자를 위한 상담이 요구된다.

(2) 방사선 요법 : 임파절 치유를 위한 전골반 외부조사(External Radiation) 및 중심부의 국소 병변 치료를 위한 강내 조사(Internal Radiation)로 구별되며 방사선 치료의 단기 합병증은 설사, 피부자극, 성기점막 자극, 혈소판 감소증, 백혈구 감소증, 방광염, 직장염, 식욕부진, 오심, 구토, 피로등이 나타나며 방사선 치료 후의 후유증은 2-3년 뒤에 나타나기도 하는 데 장 누공(Bowel Fistula), 방광 누공(Vesicovaginal Fistula)이 주로 일어나며 장기적 합병증은 골반내 섬유화, 질의 단축과 협착, 분비액의 현저한 감소, 질벽의 유연성 저하 등이다. 방사선 치료시 간호를 보면,

① 외부 조사 : 방사선 치료전에 환자에게 고통 없이 몇분간 자세를 유지하면 된다고 설명해 준다. 방사선 기사는 Shield뒤에 있으나 의사소통이 가능하다고 일러준다. 방사선 치료중 좋은 건강상태를 유지하도록 하며 감염을 예방하도록 한다. 피부

간호도 중요한 데 비누 사용을 금하고, 또한 연고, 화장품 사용을 금해야 하는 데 이는 금속이 포함되어 있어 조사량에 영향을 주고 피부손상을 주기 때문이다. 피부가 붉고 가려우면 치료방사선 의사와 상의하도록 한다. 치료를 위해 표시해 놓은 선을 지우지 않도록 하며 면역 억제정도를 평가하기 위해 일반 혈액 검사가 실시됨을 알려준다. 치료후 10-14일동안 방사선 효과가 지속되어 3주정도 경과후 회복된다고 미리 알려준다. 방사선 치료시 방사선 물질에 감염되지 않음을 환자 및 가족에게 설명하여 안심시킨다. 방사선 치료후 질의 협착으로 심한 성생활의 장애를 초래하므로 이를 예방하기 위해 질내의 유연성을 유지하고 성교시 통증을 최소화하기 위해 성교를 적어도 1주일에 한번 정도해야 하며 성교시 윤활제의 사용은 필수적이다. 또한 성교시 질출혈이 있을 수 있다. 김용옥(1991)의 논문을 보면, 방사선 치료를 받은 부인의 성생활 변화와 관련되는 요인으로는 재발의 염려, 성에 대한 관심의 소실, 성교시 질의 통증, 질의 분비액 감소, 성교후 출혈, 질의 수축, 남편의 외도, 남편에게 자신의 방사선 물질에 의한 감염 우려, 사정후 정액에 의한 질의 통증 등으로 밝혀졌다. 환자의 과반수 이상이 치료전후에 성생활에 대한 상담이나 교육이 필요하다고 응답하였다. 따라서 환자 및 배우자를 위한 상담과 교육은 필수적이다.

② 자궁내강 조사 : 환자는 치료받는 동안 입원을 요하며 침상 안정을 유지하고 자세 이동을 해선 안된다. 유치도뇨관을 삽입하여 방광팽만으로 Applicator가 잘못 이동됨을 막으며 위장관 준비를 위해 금식시키고 관장이 시행된다. 질출혈, 직장출혈, 혈뇨 증상을 관찰한다. 알파, 베타 레이는 피부를 통과하지 않으나 체액, 배설물내에 있을수 있으므로 간호사는 Isolation technique을 지켜야 한다. 환자에게 접근시 감마 레이 노출을 피하기 위해 1근무조당 30분이내로 간호활동을 제한해야 한다. 보통 치료기간은 36-50시간으로 1-2회 실시된다.

(3) 항암 화학요법 : 항암요법에 따른 간호는 지면관계상 생략한다.

① 신보조 화학요법(Neoadjuvant Chemotherapy) : 종양의 크기를 줄여 수술을 용이하게 하며 미세

전이를 치유하고자 함.

② 보조 화학요법(Adjuvant Chemotherapy) : 원격 전이가 의심되거나 확인된 경우, 수술후 재발의 가능성이 높은 경우 사용함.

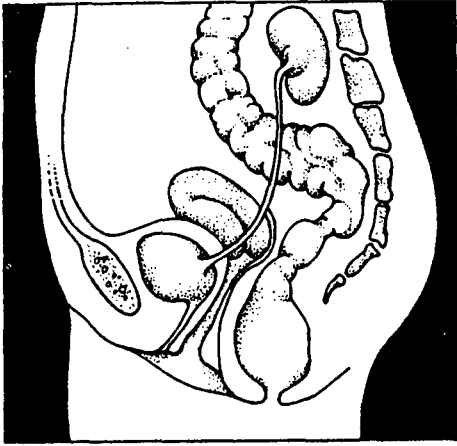
③ 대증적 화학요법(Palliative Chemotherapy) : 완치되지 않거나 재발된 환자에서 증상의 호전을 위하여 사용됨.

④ 동맥내 화학요법(Intraarterial Chemotherapy) : 최근에 Neoadjuvantive Therapy의 방법으로 쓰이고 있음.

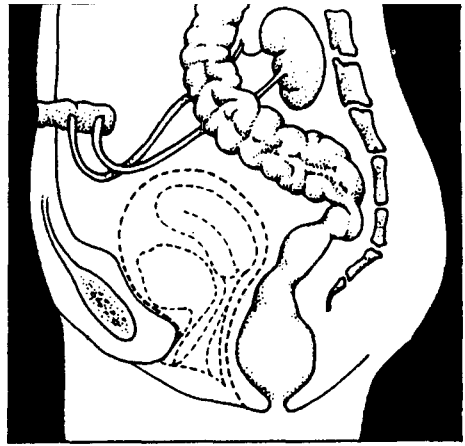
(4) 재발된 암의 치료 : 치료방법은 1차 치료 양식, 재발된 부위에 따라 결정된다. 1차 진료로 수술을 받은 환자는 방사선 요법을, 방사선 치료를 받은 환자는 수술받는 것을 원칙으로 한다. 1차 치료가 불안정하거나 전이된 암이 국소조직에 증상으로 나타날 때, 동통성 골전이, 중추신경계 전이와 심한 비뇨기 및 하대 정맥 폐색 등이 있을 때, 대증적 요법이 실시된다. 골반외 질환(Extrapelvic Disease)이 없을 경우 수술은 골반 내용물 제거술(Pelvic Exenteration)을 한다. 이 수술은 자궁, 자궁경부, 질, 직장, 방광, 요도, 측면 지지조직 및 의미 있는 병변 등을 절제하는 것이다. 방광 또는 직장으로의 침범여부에 따라 전방 내용물 제거술(Anterior Exenteration) 또는 후방 내용물 제거술(Posterior Exenteration)이 시행되어 요의 도관 형성술(Ileal Conduit) 또는 인공항문 형성술(Colostomy)을 한다(그림참조). 5년 생존율은 20-35%이며 흔한 합병증은 소장폐색(Small bowel Obstruction)이다. 이 환자에게는 장루간호(Ostomy Care)에 대한 자가간호 기술을 습득시키고 자아 이미지 및 신체상 변화, 성생활 변화에 따른 적응을 도와 주어야 할 것이다.

참 고 문 헌

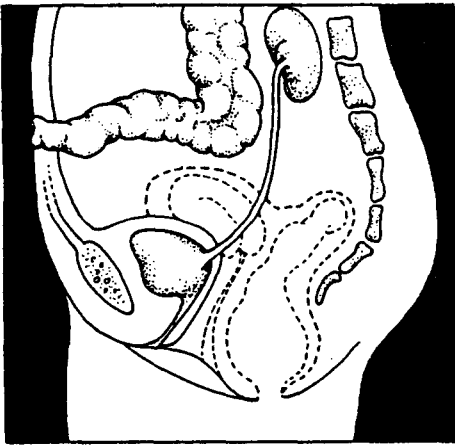
- 1) 대한산부인과학회(1991). 부인과학, 칼빈서적, 618-679.
- 2) 최연순외(1994). 모성간호학(II), 수문사, 제 3판, 1138-1171, 1365-1373.
- 3) 최유덕(1993). 새임상 부인과학, 고려의학, 537-614.
- 4) 서울대학교병원 교육연구부, 의학교육연수원(1994).



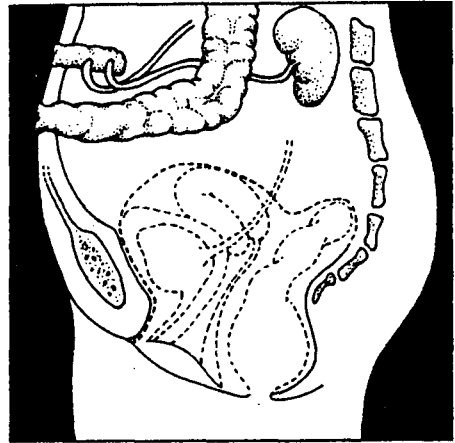
A : 자연상태



B : 전 방



C : 후 방



D : 전 체

골반 내용물 제거술 방법

임상의를 위한 부인암의 진단 및 처치, 연수강좌 (Post-Graduate Course).

- 5) 서울대학교 병원, 자궁절제술 환자를 위한 책.
- 6) 지용현외(1991), 자궁경부암 근치술후의 성생활의 변화에 관한 연구, 대한산부인과학회지 : 제34권, 제 1호, 53-62.
- 7) 김용옥(1991), 자궁경부암 환자의 방사선 치료후 성생활 변화, 석사학위 논문, 연세대학교 교육대학원.
- 8) 김현열외(1996), 자궁경부 중앙성 병변의 평가 및

치료에서 환상투열요법(LEETZ)의 효용성, 대한산부인과학회지, 제 39권, 제 4호, 728-735.

- 9) 이정표 외(1986), 자궁절제술후 우울성향에 미치는 요인들, 신경정신의학, 25(3): 451-459.
- 10) 이효표외(1993), 자궁경부암 환자의 임상적 양상 및 치료후 5년 생존율, 대한산부인과학회지, 제 36권, 제 6호, 854-862.
- 11) 황옥남(1985), 자궁적출술환자의 간호요구에 관한 조사연구, 연세대학교 교육대학원, 석사학위논문.
- 12) 장순복(1989), 자궁절제술 부인의 성생활 만족에

- 관한 요인분석, 이화여자대학교 박사학위 논문.
- 13) 성미혜(1996), 자궁적출술을 받은 여성의 상실 경험, 경희대학교 박사학위 논문.
 - 14) Gould, D.(1986), Hidden problems after a hysterectomy, Nursing Times, 82:23, 43-46.
 - 15) Dulaney, P.E. etc(1990), A comprehensive education and support program for women experiencing hysterectomies. JOGNN, 19: 4 July/August, 319-325.
 - 16) Jonathan. S. Berek, Neville. F. Hacker (1994), Practical Gynecologic Oncology, Williams & Wilkins, 2nd edition, 205-277.
 - 17) Shirley. E. Otto(1994), Oncologic Nursing, Gynecologic Cancers, Mosby, 2nd edition, 190-198.
 - 18) Irene. M. Bobak, Margaret Duncan Jensen (1993), Maternity & Gynecologic Care : The Nurse and Family, 5th edition, Mosby, 1377-1388.
 - 19) Corney, R.H. etc(1993), Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery, British Journal of Obstetrics and Gynecology, January, Vol. 100, pp. 73-78.