

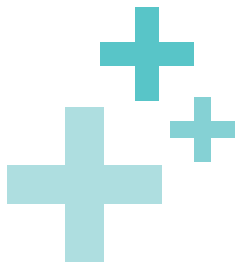
VOL 17. 2017

TELECERVICOGRAPHY

NEWS

텔레써비코그래피소식

20th
Anniversary



Contents 목차

OB & GY Recent Study

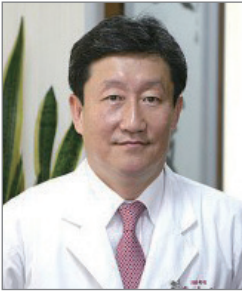
- 03 **써비코그래피 도입 후 20년,**
계명대학교 동산의료원 / 차순도 교수
- 04 **비정상 자궁경부세포검사 및 상피내종양의 처리**
원광대학교병원 / 김병륜 교수
- 09 **임신 중 자궁경부암의 처리**
순천향대학교 천안병원 / 전섭 교수
- 13 **자궁내막 증식증의 새로운 분류 체계**
차의과학대학교 강남차병원 / 성석주 교수

OB & GY HOT ISSUE

- 15 **비급여 전면 급여화에 대한 개원의 의견**
직선제 대한산부인과 의사회 회장 / 김동석
- 16 **변경되는 수가정책, 우리가 대처할 자세는?**
직선제 대한산부인과 의사회 보험이사 / 김금석
- 19 **산부인과 개원 시 알아둬야 할 Tip**
미스미즈 산부인과 / 정소용 원장

OB & GY Recent Study

써비코그래피 도입 후 20년,



차순도 교수
계명대의대 동산병원

써비코그래피가 국내에 도입되고 한국텔레써비코연구회가 발족된 지 벌써 20년이 되었다. 자궁경부암 선별검사에 있어서 세포검사와 함께 써비코그래피를 병용하는 것이 단독 세포검사의 단점을 보완함으로써 자궁경부암의 조기 진단에 훨씬 더 효과적인 것으로 보고되고 있다.¹ 그 동안 많은 여성들의 질환을 진료하면서 써비코그래피가 자궁경부암 조기 진단에 기여했다고 자부한다. 2012년 'International Journal of Medical Science'에 발표된 논문 따르면, 1,547명을 대상으로 시행된 자궁경부암 선별검사서 써비코그래피는 암 진단 정확도가 약 90.2%로 나타나 세포검사보다 월등하게 높은 암 진단율을 보여주었다.² 또한, 2013년 'Oncology Reports'에 발표된 논문 따르면, 자궁경부암 선별검사서 써비코그래피는 단독으로 시행 시 94.3%, 세포검사와 병용 시 98.1%의 높은 정확도를 보였다.³ 써비코그래피란 단순히 판독자 개인의 주관에 토대로 자궁경부의 이상 유무를 판단하는 것이 아니라, Negative/ Atypical/ Positive/ Technical Defective 등 4가지 카테고리 정해진 판독 결과 값에 도달하도록 설계된 알고리즘을 바탕으로 결과를 부여하는 형태학적 검사이다.



2017년 3월, 제주 한국써비코그래피연구회 학술모임



2017년 6월, 대전 한국써비코그래피연구회 학술모임

의사의 설명과 더불어 수진자가 자신의 환부(자궁경부) 영상을 관찰하며 자궁경부암 유무를 확인하는 과정을 통해서 수진자와 검진자 모두가 보다 적극적인 자세로 검사에 임할 수 있도록 만든다는 점이 써비코그래피의 가장 큰 장점이다.

우리는 써비코그래피 검사의 정확도를 높이기 위하여 매우 객관적이어야 하고, 무엇보다도 정도 관리(Quality Control, QC)에 세심한 주의를 기울여야 한다. 한국텔레써비코연구회에서는 매년 3회 정기적인 학술 모임을 통하여 스터디케이스 토의를 진행하고 있으며, 검사프로그램의 무작위 QC 기능을 적용하여 판독자간에 교차 판독을 시행하고 의견을 공유한 뒤, 최종 결과를 보고하기도 한다. 검사의 신뢰도를 높이기 위하여 초산 도포 시간, 촬영 방법 및 랜덤QC 등은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다. 마지막으로 컴퓨터 공학 분야에 있어 앞으로 어디까지 발전할지 아무도 예측할 수 없지만 상상이 곧 현실로 표현되는 이 시

대, 즉 4차 산업혁명의 환경에서, 인공지능(AI)을 기반으로 한 다양한 검사 장비들이 쏟아져 나오고 있다. 실제로 최근 여러 병원에서 인공지능(AI)기반의 의료 소프트웨어 '왓슨 포 온콜로지(Watson for Oncology)'를 도입하고 있다. 이와 관련하여 우려의 목소리가 들리고 있다. 실제로 인공지능(AI)이 의료사고를 낼 경우 담당 의사, 병원, 인공지능(AI) 제조사 중 어느 주체가 책임을 물어야 하는지 책임 귀속 문제와 생명 윤리적 문제가 불거지고 있다. 이외 Big Data의 원천이 미국을 포함한 외국인 대상이 대부분인 것도 문제점으로 떠오르고 있다.

그러나, 이러한 인공지능(AI) 기반 검사 장비를 이용하여 질환을 진단하는 주체는 여전히 의사라는 인간이고, 진료에 최선을 다하려는 의사의 마음가짐이 가장 중요하며, 변화되는 기술력과 장비를 바탕으로 보다 정확히 환자의 육체적, 정신적 건강을 찾기 위한 의사의 노력이야말로 이 시대에 걸맞은 검진 방향성이 아닐까 사료된다.

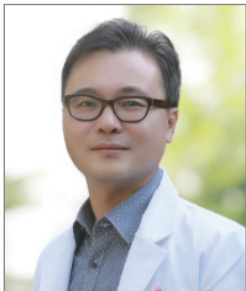
1. Pesoad Farias Rodrigues, et al.: Online Brazilian Journal of Nursing, 2013Dec;12(4): 920-30.

2. Seog-Nyeon Bae, et al.: International Journal of Medical Sciences, 2012;9(8):698-703.

3. JUHEE KIM, et al.: Oncology Reports, 29: 1645-1651, 2013

OB & GY Recent Study

비정상 자궁경부세포검사(Abnormal Cytology) 및 자궁경부 상피내종양 (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN)의 처치



김병문 교수
원광대학교병원

현재 우리나라에서는 국가 암 검진의 일환으로 20세 이상 여성에게 2년 주기로 세포검사가 무료로 제공되고 있으며 또한 건강에 대한 관심이 증가하여 많은 여성들이 비급여인 액상세포검사(liquid-based cytology)와 인유두종바이러스(HPV) 검사를 시행하고 있어 많은 산부인과 의사들이 의료 현장에서 비정상 세포검사결과를 접하게 되며 또한 추가 조직검사를 통해 자궁경부 상피내종양을 진단하게 된다. 그러나 부인종양 전문가가 아닌 개원가에 종사하는 대부분 산부인과 의사들은 환자들에게 적절한 처치가 무엇인지 혼란스러운 상황에 직면하는 경우가 드물지 않다. 따라서 대한부인종양학회를 중심으로 만들어진 자궁경부암 조기검진을 위한 진료권고안과 미국 자궁경부병리 및 콜포스코피학회(ASCCP)의 권고안 등을 토대로 자궁경부세포검사(Abnormal Cytology) 및 자궁경부 상피내종양(Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN)의 처치에 대해 말씀드리고자 한다.

| 비정상 자궁경부세포검사 (Abnormal Cytology)의 처치 |

1. 불만족스러운 세포검사 (Unsatisfactory cytology)

모든 연령에서 2~4개월 뒤 반복 세포검사를 시행한다. 만약 30세 이상의 여성에서 동시에 시행한 HPV 검사가 양성이라면 바로 질확대경검사(colposcopy)를 시행하여도 된다. 반복 세포검사에서 정상이라면 정기적인 선별검사를 시행하거나 HPV 양성인 경우 1년 뒤 세포검사와 HPV 검사를 동시에 시행할 수 있다. 반복 세포검사에서 불만족스러운 결과가 나오면 질확대경검사를 시행한다.

2. 정상 세포검사를 보이면서 불충분한 내자궁경부세포/변형대 성분(Negative NILM but EC/TZ Abscent/Insufficient)을 보이는 경우

21~29세의 여성에서는 정기적인 선별검사를 시행한다. 30세 이상의 여성에서 만약 HPV 음성이면 정기적인 선별검사를 시행하고 HPV 검사를 시행하지 않은 경우 반복 세포검사를 시행할 수도 있지만 HPV 검사를 시행하여 만약 양성이라면 1년 뒤 세포검사와 HPV 검사를 시행하거나 또는 바로 HPV 유전자형 검사를 시행하여 16, 18번이 양성인지 확인하는 것이 선호되는 처치방법이다.

3. 30세 이상 여성에서 정상 세포검사를 보이면서 HPV 양성인 경우

HPV 양성율은 약 10%를 보이며 이러한 여성의 60%가 정상 세포검사결과를 보인다.

이러한 경우 1년 뒤 반복 세포검사와 HPV 검사를 시행하고 모두 정상이라면 정기적인 선별검사를 시행한다. 만약 세포검사가 비정형 편평상피세포(ASC) 이상이거나 HPV 양성이라면 질확대경검사를 시행한다.

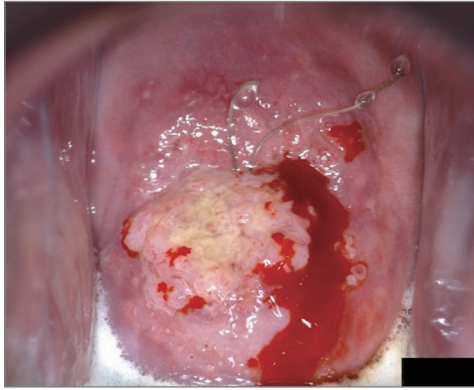
다른 방법으로는 HPV 유전자형검사를 시행하여 16, 18번형이 양성이라면 질확대경검사를 시행하고 다른 유전자형이 양성이라면 1년 뒤 반복 세포검사와 HPV 검사를 시행한다. 이러한 처치의 근거로는 30세 이상의 여성에서 정상 세포검사와 양성 HPV를 보이는 경우 10년 이내에 자궁경부 상피내종양 3단계(CIN3)가 발생하는 확률은 16번형이 양성인 경우 21%, 18번형이 양성인 경우 18%를 보이지만 다른 유전자형이 양성인 경우 1.5%를 보이기 때문이다.

4. 비정형 편평상피세포 (ASC-US)

전체 세포검사에서 3~5%를 차지하는데 반복 세포검사 또는 HPV 검사를 시행할 수 있는데 HPV 검사가 선호되는 처치법이다.

OB & GY Recent Study

4. 비정형 편평상피세포 (ASC-US) 스테디 케이스



2015.11.11_#4125449

세포: ASC-US_ 자궁경부확대촬영검사: P3(Cancer)_조직: Invasive Cancer

47세 여성 환자는 개인병원에서 자궁경부세포검사상 ASC-US 소견을 보여 전원된 환자로 자궁경부확대촬영검사상 자궁경부 5시에서 9시방향 사이에 진하게 보이는 백색상피병변(acetowhite epithelium)이 보이면서 융기된 종괴(irregular surface)와 비정형 혈관(atypical vessels)들이 관찰되어 P3로 자궁경부암이 의심되는 소견을 보였다. 조직생검상 침윤성 자궁경부암이 확인되어 복강경하 광범위 자궁절제술과 골반 림프절절제술이 시행되었고 수술후 조직검사상 침윤 3mm, 너비11mm의 침윤성 자궁경부암 병기 1B1이 진단된 증례이다.

6-12개월 뒤 반복 세포검사를 시행할 수 있다. 만약 정상이라면 정기적인 선별검사를 시행하고 반복검사상 비정형 편평상피세포(ASC) 이상이라면 질확대경검사를 시행한다.

HPV 검사를 시행하여 음성이면 정기적인 선별검사를 시행하고 양성이라면 질확대경검사를 시행한다. 또한 질확대경검사상 병변이 관찰되지 않거나 만족스럽지 않은 경우 자궁내경관 소파술(Endocervical sampling) 시행을 고려한다.

5. 저등급 편평상피세포 이상 (LSIL)

전체 세포검사서서 1.6%를 차지하는데 약 75%의 환자에서 자궁경부 상피내종양(CIN)이 진단되고 이중 약 20%에서 CIN2,3가 진단된다.

질확대경검사를 시행하고 병변이 관찰되지 않거나 만족스럽지 않은 경우 추가로 자궁내경관 소파술을 고려한다.

만약 30세 이상의 여성에서 HPV 검사를 동시에 시행하여 음성인 경우 1년뒤 반복 세포검사와 HPV 검사를 시행할 수 있고 정상이면 정기적인 선별검사를 시행하여 비정형 편평상피세포(ASC) 이상이거나 HPV 양성인 경우 질확대경 검사를 시행한다.

6. 24세 이하의 여성에서 비정형 편평상피세포(ASC-US)와 저등급 편평상피세포 (LSIL)

1년뒤 반복 세포검사를 시행하여 ASC-US, 저등급 이하의 결과를 보이면 1년뒤 반복 세포검사를 시행하여 비정형 편평상피세포 이상이면 질확대경검사를 시행한다. 그러나 반복 세포검사서서 고등급을병변을 배제할 수 없는 비정형 편평상피세포(ASC-H), 고등급병변이 나오면 바로 질확대경검사를 시행한다.

7. 고등급 병변을 배제할 수 없는 비정형 편평상피세포 (ASC-H)

HPV 양성 유무에 상관 없이 바로 질확대경검사를 시행한다.

8. 고등급 편평상피세포 이상 (HSIL)

2/3 이상에서 CIN2 이상의 병변이 관찰된다. 따라서 즉각적인 루프환상절제술(LEEP)이나 원추절제술을 포함한 진단 목적의 절제술을 시행할 수 있다. 또는 질확대경검사를 시행하여 조직검사를 시행할 수 있는데 병변이 관찰되지 않으면 반드시 자궁내경관 소파술을 시행해야 한다.

9. 24세 이하의 여성에서 ASC-H 또는 HSIL

즉각적인 진단 목적의 절제술은 시행하면 안되고 질확대경검사를 시행한다. 만약 CIN2 이상의 병변이 관찰되지 않으면 2년 동안 6개월 간격으로 질확대경검사와 세포검사를 시행하여 2년 연속 세포검사가 정상이면 질확대경검사가 정상이라면 정기적인 선별검사를 시행하고 2년 이상 고등급병변이 지속되면 진단 목적의 절제술을 시행한다.

10. 비정형 선상피세포 (AGC)

HPV 검사, 질확대경검사, 자궁내경관 소파술을 시행한다. 또한 35세 이상의 여성 또는 자궁내막암의 위험인자(비만, 불임, 타목시펜 복용, 무월경, 다낭성난포증후군)를 가진 여성에서는 자궁내막조직검사를 시행한다. 만약 자궁경부 상피내종양이나 선상피내암이 진단되면 진단 목적의 절제술을 시행하고 만족스러운 질확대경검사를 보이면서 CIN1과 정상 자궁경관내 소파술 소견을 보이면 6개월 간격으로 세포검사를 시행하거나 1년 뒤 HPV 검사를 시행한다.

OB & GY Recent Study

| 자궁경부 상피내종양(Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN)의 처치 |

1. 자궁경부 상피내종양(CIN1)이면서 선행하는 세포검사가 ASC-US 또는 LSIL, 지속적인 HPV 16,18형 양성인 경우

치료 없이 추적관찰을 시행하는데 1년뒤 세포검사와 HPV 검사를 시행하여 2가지 검사가 정상이라면 3년 이내에 2가지 검사를 재검하여 정상이면 정기적인 선별검사를 시행한다. 그러나 비정형 편평상피세포(ASC) 이상이거나 HPV 양성인 경우 질확대경 검사를 시행하고 2년 이상 CIN1이 지속되면 추적관찰 또는 절제술을 시행한다. 레이저 치료나 냉동치료와 같은 소작술은 만족스러운 질확대경검사와 자궁내경관 소파술이 정상인 경우 시행할 수 있다.

2. 자궁경부 상피내종양(CIN1)이면서 선행하는 세포검사가 ASC-H 또는 HSIL인 경우

진단 목적의 절제술을 시행하거나 1년 간격으로 2번 세포검사와 HPV 검사를 시행한다. 추적 검사상 정상이면 3년 이내에 2가지 검사를 재검하여 정상이면 정기적인 선별검사를 시행하고 HPV 양성이거나 HSIL 미만의 세포검사가 나오면 질확대경검사를 시행한다. 그러나 HSIL이 나오면 진단 목적의 절제술을 시행한다.

3. 24세 이하의 여성에서 CIN1

선행하는 세포검사가 ASC-US 또는 LSIL인 경우 1년뒤 반복 세포검사를 시행하여 ASC-H 또는 HSIL인 경우 바로 질확대경검사를 시행한다. 그러나 같은 결과(ASC-US 또는 LSIL)가 나오면 다시 한번 1년뒤 반복 세포검사를 시행하고 ASC 이상이면 질확대경검사를 시행하고 정상이면 정기적인 선별검사를 시행한다.

4. 자궁경부 상피내종양(Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN 2,3)

만족스럽지 않은 질확대경검사 소견, 재발성 CIN2, 3, 자궁경관내 소파술상 CIN2, 3인 경우 진단 목적의 절제술을 시행하고, 만족스러운 질확대경검사를 보이는 경우 절제술 또는 소작술을 시행한다. 만약 절제면이 양성이거나 절제술 후 자궁경관내 소파술에서 이상을 보이는 경우 재 절제술 또는 자궁절제술을 시행하거나 4-6개월 뒤 세포검사와 자궁경관내 소파술을 시행하면서 추적관찰을 시행할 수 있다.

치료 후 추적관찰은 1년 간격으로 2번 세포검사와 HPV 검사를 시행하여 정상이면 3년 이내에 재검사를 시행한다.

4. 자궁경부 상피내종양 (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN 2,3) 스터디 케이스



2016.01.05_#4187692

세포: Normal_ 자궁경부확대촬영검사: P2 (High grade)_조직: CIN2

49세 여성 환자는 질출혈과 우측 난소 낭종을 주소로 개인병원에서 전원된 환자로 부인과 신체검진에서 자궁경부의 미란이 확인되어 액상세포검사와 자궁경부확대촬영 검사를 시행하였고 액상세포검사는 정상 소견을 보였으나 자궁경부확대촬영검사에서는 자궁경부 뒷쪽으로 진하게 보이는 백색상피병변(acetowhite epithelium)이 보이면서 1-2시 방향에는 미란(erosion)이 관찰되는 P2 소견을 보였다. 자궁경부확대촬영검사 결과를 토대로 조직검사를 시행하였고 조직검사상 자궁경부상피내종양 2단계가 진단된 환자이다. 만약 자궁경부확대촬영검사를 시행하지 않았다면 자궁경부상피내종양의 진단을 할 수 없었던 증례이다.

5. 24세 이하의 여성에서 CIN2,3

추적관찰 또는 치료를 시행할 수 있다. 만족스러운 질확대경검사를 보이면서 CIN2인 경우 추적관찰이 선호되고, 만족스럽지 않은 질확대경검사 소견 또는 CIN3인 경우 절제술을 포함한 치료가 추천된다.

추적관찰은 6개월간격으로 2번 세포검사와 질확대경검사를 시행하는데 정상이면 다시 한번 1년뒤 재검을 시행하고, 이상소견이 보이면 질확대경 조직검사를 시행한다. 만약 2년 이상 지속되면 치료를 시행한다.

OB & GY Recent Study

6. 진단 목적의 절제술 후 선상피내암(Adenocarcinoma in-situ)

자궁절제술이 추천되지만 만약 임신을 원하는 여성에서는 절제면이 음성이라면 장기적인 추적관찰이 필요하고, 절제면이 양성이거나 자궁경관내 소파술이 양성이면 재 절제술 또는 6개월뒤 세포검사, HPV 검사 질확대경검사, 자궁경관내 소파술을 시행한다.

7. 자궁경부 상피내종양(Cervial Intraepithelial Neoplasia, CIN) 진단의 변화

최근 병리의사들의 CIN 진단이 과거의 Bethesda 분류체계인 CIN1, 2, 3에서 LAST(Lower anogenital squamous terminology) 분류체계인 저등급 편평상피병변(LSIL)과 고등급 편평상피병변(HSIL)으로 변화하였다. CIN1인 경우 LSIL로 진단하며 CIN3인 경우 HSIL로 진단하지만 CIN2인 경우 P16 염색상 양성인 경우 HSIL, 음성인 경우 LSIL로 분류하여 진단한다. 따라서 LSIL인 경우 CIN1과 같이 처치하고 HSIL인 경우 CIN2, 3와 같이 처치를 시행하면 된다.

| 결론 |

지금까지 소개한 처치방법은 주로 서양의 권고안에 기초한 것으로 개원가에 종사하는 산부인과 의사들의 입장에서 추적관찰의 간격이 다소 길다고 생각할 수 있다. 우리나라의 경우 상대적으로 높은 자궁경부암 발생빈도, 추적관찰을 위한 접근성의 용이함, 상대적으로 저렴한 검사수가를 고려할 때 추적관찰의 간격을 좀 더 줄여서 시행하는 것이 적절할 수 있다고 생각하며, 앞에서 소개한 추적관찰의 간격은 최소한의 기준으로 삼아서 환자를 보는 것이 우리나라의 현실에 적합하다고 생각한다. 또한 개원가에서 비정상 세포검사를 보이는 경우 질확대경검사가 필요한 상황이 많아 부인종양 전문의가 있는 종합병원으로 전원되는 환자들이 많이 발생하는 어려움을 겪고 있다. 그러나, 최근에는 자궁경부확대촬영검사(Cervicography)의 높은 해상도, 확대비율의 증가, 무선전송을 통한 신속한 판독결과 보고가 가능해져 개인병원에서도 자궁경부확대촬영검사(Cervicogra-

phy) 결과를 토대로 자궁경부 이상소견을 판별하여 이상 부위의 조직검사가 가능한 상황이다.

자궁경부확대촬영검사(Cervicography)와 세포결과가 상이하여 간혹 대학병원으로 전원을 하는 경우가 있다. 실제로 대학병원으로 전원을 하여도 추적관찰이 필요하여 환자를 되돌려보내 당황하는 순간이 있을 수 있다. 하지만 각 검사에 대한 f/u이 다르니, 직접 환자에게 자궁경부를 보여주면서 초기에 발견하기 위해 대학병원 전원을 설명해야 한다.

자궁경부확대촬영검사 (Cervicography)의 가장 큰 장점인 인터넷을 기반으로 한 원격검진이 가능한 점을 적극 활용하여 비정상 또는 정상 세포검사를 가진 환자에서 진단, 처치 및 추적관찰을 시행하는데 최근 가이드라인과 경험 등을 직접 판독자와 교류한다면 환자진료에 매우 유용할 것으로 생각된다.



텔레써비코그래피 (TeleCervicography) 원격검진 시스템

The Original Cervicography®

써비코그래피는 자궁경부에 최적화 된 촬영장비, 엄격한 정도관리, 검진 시스템이 중요합니다



Dr. Cervicam WiFi

1. WiFi 시스템을 통한 무선 영상 전송 방식
2. 휴대할 수 있어 진료실, 수술실, 회진 시 이동 촬영 가능
3. 검사과정을 환자용모니터를 통해 실시간으로 보여줌으로써 환자의 이해도를 높임
4. 공인된 기술력 - FDA, CE, ISO13485, KFDA 승인
5. 케이블 설치 필요없음
6. 써비코그래피 단독검사시 정확도 : **94.3%**
써비코그래피 세포검사 병합시 정확도 : **98.1%**

FDA CE



ONCOLOGY REPORTS 29: 1645-1651, 2013

OB & GY Recent Study

임신 중 자궁경부암의 처치



전 섭 교수

순천향대 천안병원

| 서론 |

임신부의 산전검사에는 자궁경부 선별검사가 반드시 포함되어야 하는 것은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다. 임신 중에 비정상 세포검사 결과가 나오거나 비정상 자궁경부확대촬영검사 소견 혹은 사람유두종바이러스 고위험(16&18) 감염이 확인된 경우에는 비임신시와 동일하게 자궁경부 질확대경검사를 시행하여야 한다.

임신 중 자궁경부암은 10,000 분만 당 1건이 발생하며 자궁경부상피내종양은 임신 중 약 5% 이내에서 진단된다. 여러 치료 가이드라인에서는 임신 중 자궁경부상피내종양에 대해서는 명시하고 있지만 자궁경부암에 대해서는 그렇지 못한 편이다. 그 이유는 임신 중 자궁경부암이 드물고 임신이라는 특수한

상황에서 임상연구를 진행할 수 없어 충분한 근거를 가진 치료법이 없기 때문이다. 그래서 임신 중에 자궁경부암이 진단되면 의사, 임신부 모두 당황하게 되며 대개는 임신부와 보호자의 결정에 많은 부분 치료 방향이 결정되는 경우가 많다.

이 글에서는 최근에 임신 중 부인암 치료에 대해 유럽을 중심으로 international consensus meeting이 개최되었고 가이드라인이 만들어져 이에 대해 소개하면서 임신 중 자궁경부암의 치료에 대해 고민해 보고자 한다.

1. 임신 중 자궁경부상피내종양의 치료

임신 중 자궁경부상피내종양이 진단될 경우 출산 뒤로 치료를 미룬다. 단 임신 중에 자궁경부 질확대경검사는 자궁경부의 용적의 증가, 기질 부종, 선 증식, 그리고 혈관성이 증가되어 병변이 자칫 과장되어 보일 수 있음을 기억해야 한다. 조직검사에서 CIN2 이상의 고등급 병변으로 진단되어도 출산 후에 자연적으로 회복될 수 있어 반드시 재검하여 고등급병변이 확인 된 후에 치료를 시행한다.

하여 전이 시에는 바로 치료하며 전이가 안되었을 경우엔 선행보조항암화학요법을 시행하거나 자궁경부절제술을 시행해 볼 수 있다. (그림 2) 만약 lb1 2cm~4cm인 경우엔 림프절절제술과 선행보조항암화학요법을 시행해 볼 수 있으며 림프절 전이 여부에 따라 전이가 안된 환자들만이 임신 유지를 권고할 수 있다. (그림 3)

2. 임신 중반기 진단된 자궁경부암의 처치

종양의 병기와 크기, 림프절 전이여부, 임신 주수, 그리고 임신부의 임신 지속 의지에 대한 면밀한 검사와 상담이 필요하다. 영상검사는 대개 MRI와 초음파를 이용하여 골반림프절 전이여부는 영상검사와 더불어 림프절절제술을 시행할 수 있다. 2008년 7월에 벨기에에서 유럽 여러 기관의 의사들이 임신 중 부인암의 가이드라인을 만들기 위해 모였고 (international consensus meeting) 그 내용이 국제부인암학회지에 2009년에 출판되었다. 임신 중반에 자궁경부암으로 진단된 환자의 병기 lb1 < 2cm 인 경우 림프절절제술을 시행하여 전이여부를 확인

[그림 1]

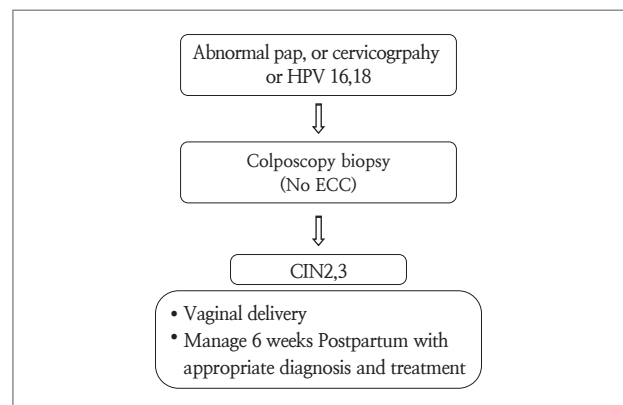
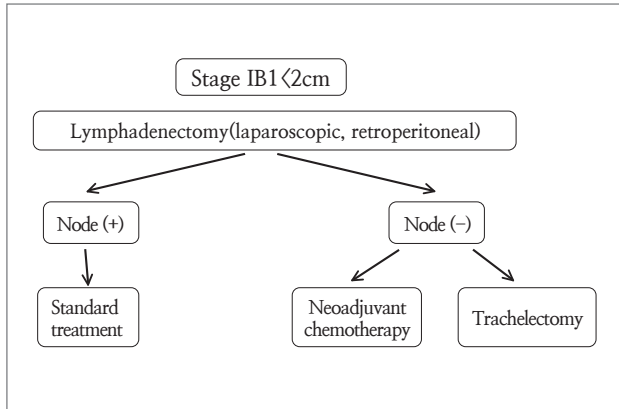


그림 1 임신 중 자궁경부상피내종양의 치료

OB & GY Recent Study

【그림 2】



【그림 3】

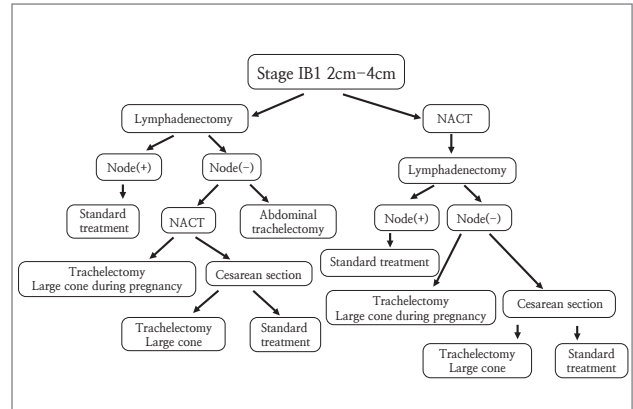
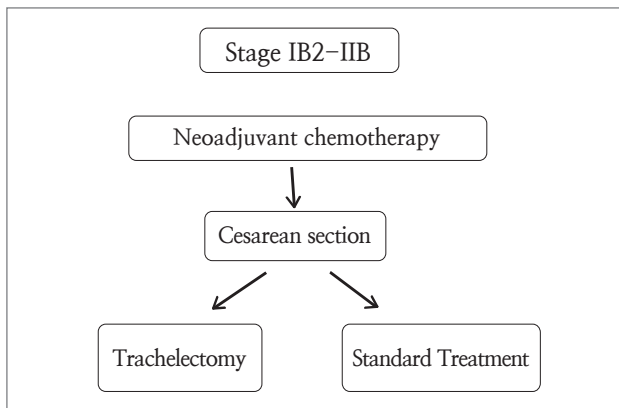


그림 2,3. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting IJGC 2009

종양의 크기가 > 4cm 이거나 병기 IIB 이상으로 진행된 환자는 임신 유지를 위해서는 선행보조항암화학요법을 시행하고 반응이 있는 경우 태아 폐 성숙을 기다려서 제왕절개로 출산하고 치료를 권고할 수 있다. (그림 4)

【그림 4】



【그림 5】

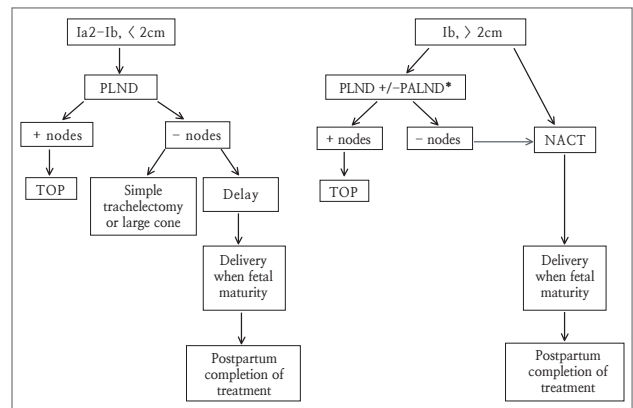


그림 4. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting IJGC 2009

그림 5. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting IJGC 2014

비슷한 시기에 프랑스그룹도 가이드라인을 내놓았는데 두 가이드 라인의 가장 큰 차이는 2cm 이하 림프절 전이가 없는 환자에서 프랑스 가이드라인은 자궁경부절제술이나 선행보조항암화학요법을 하지 않고 치료연기를 권고하며, 종양의 크기가 2~4cm 인 경우엔 특히 임신초기의 환자에서 프랑스 가이드라인은 우선적으로 임신 종결을 권고하고 있다는 점이다. 이후 유럽부인암학회(ESGO)를 중심으로 'Cancer in Pregnancy Task Force'가 출범하였고 프랑스 그룹이 함께 하면서 2013년 5월에 두 번째 international consensus meeting이 개최되었고 그 결과가 2014년에 국제부인암학회지에 출판되었다.

2009 가이드라인과 다른 점은 4cm 이상의 진행된 병기를

따로 구분하지 않고 종양의 크기를 2cm 중심으로 나눈 점이다. 2cm 이하 림프절 음성인 환자에서 2009 버전은 자궁경부절제술과 선행보조항암화학요법을 권고하였지만 이번 버전은 치료 연기에 대해서도 권고하고 있다. 이는 임신 중 시행하는 자궁경부절제술의 위험성이 인정되었고 프랑스 버전의 내용이 추가된 것이다. 종양의 크기 2cm 이상에서는 림프절절제술 후에 전이가 없는 환자에서는 치료를 연기 할 수 있는데 종양의 진행을 우려하여 선행보조항암요법을 시행하도록 권고하고 있다. (그림5) 그리고 모든 치료 결정 전에 림프절 전이여부에 대한 림프절절제술이 필수적으로 권고하며 임신을 유지가 목적인 경우 즉 림프절이 음성인 경우는 최대한 태아 성숙 때 까지 치료를 연기한다는 점이다.

OB & GY Recent Study

1) 임신 중 림프절절제술

최근 10년간 6개의 연구가 발표되었다. 병기 IA2 ~ III의 다양한 병기에서 임신 6주에서 32주까지의 32명의 환자들이 임신 중 림프절절제술을 받았다. 림프절에 전이가 없는 환자들은 전부 생존해 있고 18명의 환자를 보고한 독일 그룹에 데이터를 보면 림프절 전이가 없는 14명의 환자들은 평균 17주의 치료 연기가 되었고 림프절 전이가 있었던 3명의 환자들은 즉각적인 치료를 시행하였다. 또한 2012년 Lancet에는 병기 IB1면서 림프절 전이가 없는 환자 76명에서 치료연기를 시행한 결과를 보고하였는데 평균 16주의 치료연기가 이루어졌고 38개월 추적관찰에서 95%의 생존율을 보고 하였다.

2) 임신 중 자궁경부절제술

최근 10년간 19예의 임신 중 자궁경부절제술이 문헌에 보고되었다. 긴 수술시간, 심각한 수술 중 출혈, 그리고 32%의 수술 관련 유산율이 확인되었고 ESGO Cancer in Pregnancy Task Force에서는 더 이상 임신 중 자궁경부절제술을 권유하지 않기로 하였다.

| 요약 |

임신 중 자궁경부암에 대한 처치에서 골반림프절절제술은 치료 방향을 결정하고 예후를 결정하는데 매우 중요한 부분을 차지하고 있다. 선행보조항암화학요법은 임신 중에 효과적이며 안전한 치료 옵션으로 생각되나 태아 측 영향에 대해서는 장기 간의 연구와 관찰이 필요하다. 임신 중 자궁경부절제술은 과도한 출혈과 긴 수술시간 그리고 높은 유산율로 인해 권고되지 않는다. 현재 ESGO Cancer in Pregnancy Task Force에서는 132

3) 임신 중 선행보조항암화학요법

최근까지 약 50예의 임신 중 선행보조항암화학요법이 문헌에 보고되었다. 진단 당시 임신 주수는 평균 19주, 항암제 사용으로 평균 33주까지 임신 유지와 치료 연기가 이루어졌고 항암요법의 반응은 완전 관해가 6%, 부분 관해가 62%였고 주로 platinum 항암제를 기본으로해서 paclitaxel, vincristine, 5FU, cyclophosphamide와의 병합 요법으로 시행되었다. 최근 10년내에는 platinum 단독 보다는 platinum과 paclitaxel 병합요법이 증가하고 있는 것으로 보고되었고 전체 생존율은 24개월 추적관찰에서 79%이며 platinum 단독에 비해서 paclitaxel과의 병합요법이 더 효과가 좋았다.

4) 대한부인종양연구회 (KGOG) 후향적 연구

대한부인종양연구회에서는 1995년에서 2003년까지 임신 중 자궁경부암 환자에 대해 2008년 AJOG에 보고하였다. 전체 40명의 환자에서 12명의 환자의 치료를 연기하였고 그 중 2명은 사망하였다. 임신시에 자궁경부암의 예후는 비 임신시와 차이가 없으며 자궁경부암의 진단이 임신 중기에 늦게 진단된 원인은 임신 초기에 자궁경부 선별검사를 하지 않은 이유라고 보고하면서 임신 중 자궁경부암의 선별검사의 중요성을 강조하였다.

명의 임신 중 자궁경부암 환자의 matched case control study를 진행중에 있다. 임신 중 자궁경부암을 비롯한 부인암은 전향적인 임상연구를 시행하여 근거 있는 치료 가이드라인을 세우기 매우 어려운 상황으로 국내에서도 국가나 기관이 임신 중 부인암 환자등록을 관리하여 체계적인 데이터 관리가 절실하다고 생각된다.

참고 문헌

- Amant, Frédéric, Van Calsteren, Kristel, Halaska, Michael J. et al. Gynecologic Cancers in pregnancy : Guidelines of an International Consensus Meeting Int J Gynecol Cancer 2009
- Philippe Morice, Febrice Narducci, Patrice Mathevet et al. French Recommendations on the Management of Invasive Cervical Cancer During Pregnancy. Int J Gynecol Cancer 2009
- Giovanni Favero, Köhler C, Achim Schneider et al. Invasive cervical cancer during pregnancy: laparoscopic nodal evaluation before oncologic treatment delay. Gynecol Oncol 2010
- Philippe Morice, Catherine Uzan, Sebastien Gouy, Claire Verschraegen, Christine Haie-Meder Gynecologic Cancers in pregnancy. Lancet 2012
- Amant, Frédéric, Van Calsteren, Kristel, Fumaqalli M. et al. Gynecologic Cancers in pregnancy : Guidelines of a second International Consensus Meeting Int J Gynecol Cancer 2014
- Jong-Min Lee, Kwang-Beom Lee, Young-Tak Kim et al. Cervical cancer associated with pregnancy: Results of a multicenter retrospective Korean study (KGOG-1006) Am J Obstet & Gynecol 2008

자궁내막암 1차 선별검사

자궁내막이 의심스럽다면,

마취없이! 간단하게! 외래에서!

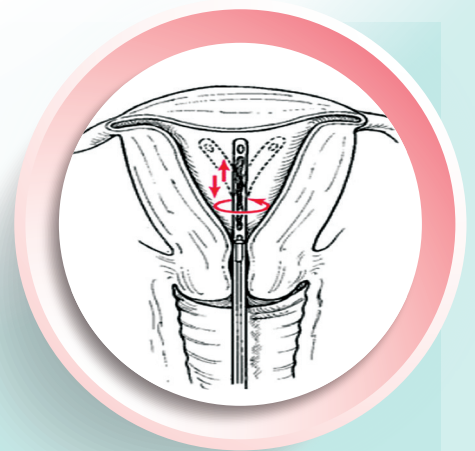
자궁내막 채취도구
'N-Sampler'

- ✓ 수술 혹은 마취 과정 생략
 - ✓ 짧은 검사시간(10~15초)
 - ✓ 검사 통증 최소화
 - ✓ 높은 검사 정확도
- 자궁내막암 검진율 100% : 자궁내막 소파술과 일치
Ref) Asian Pacific Journal of Cancer Prevention Vol.16, 2015



자궁내막 검사가 필요한 사람?

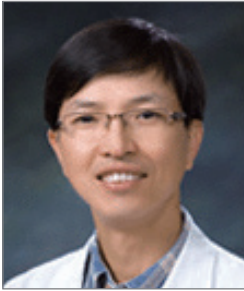
- ✓ 비정상적 질 출혈 증상 발생
- ✓ 월경 불순 등의 호르몬 불균형 증상 발생
- ✓ 유방암 재발방지 약제 장기 복용 시
- ✓ 초음파상 내막이 두껍거나 이상 증상 발견 시



N-Sampler : 자궁내막 조직검사

OB & GY Recent Study

자궁내막 증식증의 새로운 분류 체계



성석주 교수

차의과학대학교 강남차병원

자궁내막 증식증은 정상 증식기의 자궁내막에 비해서 자궁내막의 선 (gland) 과 기질부 (stroma) 의 비율이 증가하는 자궁의 병변이다. 자궁내막 증식의 임상적 중요성은 자궁내막암으로 진행할 수 있다는 위험성이 있다는 것이고, 이형성 (atypia) 은 전암 병변으로 생각되고 있다.

자궁내막 증식증의 전통적인 분류체계는 진단의 재현성이 다양해서 표준화된 환자의 치료가 어려웠다. 1994년 WHO 는 악성으로의 변형 가능성에 근거해서 분류하려는 시도로서 자궁내막 증식증의 조직학적 특성에 기초한 분류체계를 추천했다. 이 체계는 자궁내막의 선/기질의 구성 패턴과 세포학 이형성의 유무에 따라 아래 그림 1과 같이 simple hyperplasia without atypia, complex hyperplasia without atypia, simple hyperplasia, complex hyperplasia with atypia 의 4가지로 분류했다.

처음 도입되었을 때 WHO 1994 시스템은 임상 결과 데이터를 자궁내막 증식증의 조직학적 특징과 연관시켰기 때문에 좋은 접근법으로 간주되었다. 하지만 이 분류 체계의 주관적인 특성 때문에 병리의사들 간의 진단이 다양하고 재현성이 좋지 않았다.

이런 부분을 보완하기 위해서 2000년 Endometrial Collaborative Group에서 새로운 분류체계의 일부로 Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN) 을 도입했다. EIN 분류체계는 H&E 염색에서 결정되는 객관적인 진단 기준을 바탕으로 자궁내막 증식증을 benign endometrial hyperplasia 와 EIN 의 2가지 그룹으로 분류했다.

이 새로운 EIN 분류체계는 병리의사들 간의 진단적 재현성이 높았고, 임상적으로 자궁내막암으로 진행하는 것을 예측하는 것에 있어서도 WHO 1994 시스템보다 좋은점들이 많았다. 이에 2014년 WHO 는 EIN 분류체계에 근거하여 자궁내막 증식증을 hyperplasia without atypia 와 atypical hyperplasia/EIN 의 2가지로 분류하였다. 미국 산부인과 학회 (The American College of Obstetricians and Gynecologists) 에서도 2015년 committee opinion 으로 atypia hyperplasia 라는 용어 보다는 EIN 용어를 사용하는 게 좋겠다고 하는 등 앞으로 이 새로운 분류체계가 확산되어 갈 것으로 생각된다.

하지만 주의를 기울일 점이 있는 데, EIN 분류는 직접적으로 WHO 1994 시스템과 일치하지 않는다는 것이다. Atypia 가 없는 simple hyperplasia와 complex hyperplasia를 묶어서 benign hyperplasia와 같고 atypia 가 있는 simple hyperplasia와 complex hyperplasia를 묶어서 EIN과 같지 않으니 혼동하지 않아야 할 것이다.

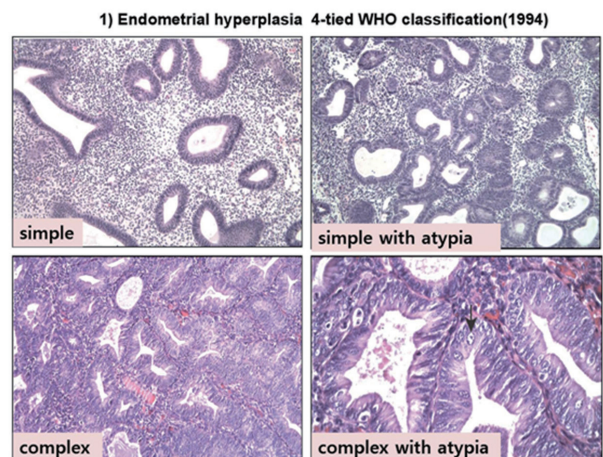


그림 1 자궁내막 증식증의 WHO 4가지 분류 체계 (1994)

OB & GY Recent Study

그림 2에서 보듯이 WHO 1994 의 atypical hyperplasia 중 약 78%는 EIN 으로 분류되지만 나머지 28%는 benign hyperplasia 로 분류되며, WHO 1994의 simple hyperplasia without atypia 도 모두 EIN 분류의 benign hyperplasia로 분류되는 것이 아니라 약 4% 에서는 EIN 으로 분류된다는 것이다. 또 아직은 과도기 단계로서 우리나라에서는 아직도 새로운 EIN 분류체계 보다는 기존의 WHO 1994 시스템으로 조직검사 결과를 판독하는 경우가 많으니 어떤 분류체계로 판독된 것인지 잘 확인하고 환자를 치료해야 할 것이다.

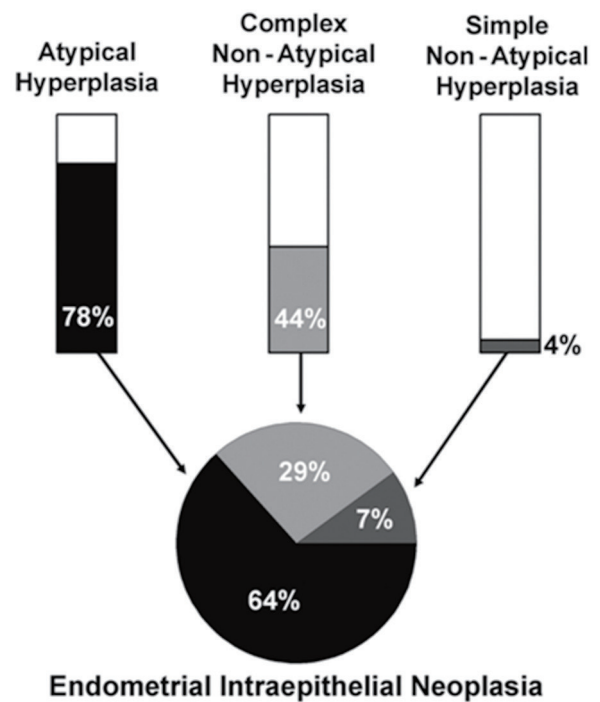


그림 2. correlation of WHO and EIN diagnoses. (Hecht et al., 2005)

참고 문헌

- Peter A. Sanderson, Hilary O.D. Critchley, Alistair R.W. Williams, Mark J. Arends, Philippa T.K. Saunders. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. Human Reproduction Update 2017;23:232-254.
- Baak JPA, Mutter GL. EIN and WHO94. J Clin Pathol 2005;58:1-6.
- Committee on Gynecologic Practice - Society of Gynecologic Oncology. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 631. Endometrial intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 2015;125:1272-1278.
- Giuntoli R, Zacur H, Goff B, Garcia R, Falk S. Classification and Diagnosis of Endometrial Hyperplasia. 2014. http://www.uptodate.com/contents/classification-and-diagnosis-of-endometrial-hyperplasia?source=see_link. (2 May 2016, date last accessed).

OB & GY Hot Issue

비급여 전면 급여화에 대한 개원의 의견 병·의원 의료기관도 경영 악화 심화로 줄 도산 우려



김동석 회장

직선제 대한산부인과외사회

2017년 8월 9일 국민들의 의료비 부담을 낮추고자 비급여의 급여화를 추진하는 내용의 “건강보험 보장성 강화대책”을 대통령이 발표하였다. 핵심은 비용 효과성이 부족한 3,800개 비급여를 예비급여로 관리한다는 것이고 이를 위해 30조 6000억원을 투입하여 2022년까지 건강보험 보장률 70%를 달성하겠다는 것이다.

정부는 비급여의 급여화에 따른 의료계의 손실은 향후 3차 상대가치 개편 과정에서 진찰료를 인상하고, 의료 질 평가 등을 토대로 한 인센티브 제공 등으로 최대한 보상하겠다고 한다.

충분한 재정이 뒷받침이 되면서 시행이 된다면 세계에서 최고의 의료보장이 되는 나라가 될 것이다. 그러나 정부는 그 동안 건강보험 흑자 누적분이 20조원인 상황에서 원가의 70%라는 수가를 적정하게 인상해달라는 의료계의 수가협상 요구에 대해, 노령화가 급속하게 진행되기 때문에 수년 내에 건강보험 흑자재정이 고갈될 것이고 향후 적자가 발생할 것이라는 발표를 했었다.

이런 상황에서 그 동안 추계를 무시하고 무리하게 급여화가 시행이 된다면, 건강보험 재정은 더욱 악화되고 결국은 국민의 부담이 늘어날 것이라는 것은 명백하다. 결국은 의료기관의 압박으로 이어져 경영 악화로 인한 의료 공급체계의 붕괴로 이어질 것이며, 비급여의 급여화는 의사의 진단과 치료의 선택권을 제한할 수 있으며 환자에게도 충분한 의학적 지식과 의술을 제공하지 못할 것이다.

신의료기술이 발전하면서 의학적 발전이 이루어지고 있으나 전면 급여화로 신의료기술 도입이 장벽에 막힌다면 의학발전을 저해하고 환자의 진료권도 제한을 받게 될 것이다. 의사들이 일반적으로 우려하는 것은 급여로 전환하는 과정에서 건강보험 재정을 고려하여 관행가에 미치지 못하는 수가로 책정할 것이고, 급여기준을 지나치게 제한하고 여러 가지 규제로 인해 소신진료를 방해 받을 수 있다는 것이다.

정책이 전면적으로 시행이 되는 경우 비용부담이 적어진 국민들은 의원급 진료 보다는 대형병원에서 진료를 선호하여 결국

의원이 생존할 수 없는 환경이 되어 접근성이 뛰어난 우리나라의 의료의 장점이 사라질 것이다. 국민의 건강권을 보호하고 진료의 자율권을 보장하기 위해서는 가장 시급한 정책은 비급여의 문제가 아니라 원가 이하의 의료수가를 적정수가로 보장해주는 것이다.

의사는 국민을 위한 최고의 정책이 만들어진다면 반대할 이유가 없다, 다만 실전에서 활동하는 전문가로서 비급여의 전면 급여화 정책을 급하게 시행을 하는 경우 돌이킬 수 없는 부작용이 생길 수 있을 것이라는 우려가 있어 국민의 진료선택권과 보험재정에 대해 면밀하게 재검토가 필요할 것이라고 생각한다.



2017년 9월, 전국 의사 결의대회에서 연설 중인 김동석 회장

OB & GY Hot Issue

변경되는 수가정책, 우리가 대처할 자세는? 매년 변경되는 의료 수가와 정부 정책, 기본부터 알아야 한다.



김금석 보험이사

직선제 대한산부인과 의사협회

문재인 케어로 일컬어지는 2017년 의료 정책 개혁 및 비급여 검사의 전면 급여화에 많은 논란과 우려의 목소리가 높아지고 있습니다. 이에 직선제 대한산부인과 의사협회 보험이사, 다정산부인과 김금석 원장님께 변경되는 수가 정책에 대비하여 산부인과에서 반드시 알고 있어야 할 사항들을 질문 드렸습니다.

(1) 의료 수가는 어떤 기준으로 설정 되나요?

-> 의료 수가란 국민건강보험법 근거하에 이뤄지는 의료 행위에 대한 대가로 지불되는 비용을 뜻합니다. 해당 비용은 '상대가치점수'에 '환산지수'를 곱한 금액으로 공지됩니다.

'상대가치점수'란 개별 의료 행위의 가치를 점수화한 것을 뜻하며 의사의 업무량, 진료 비용, 위험도를 고려하여 매겨진 상대적 점수입니다.

'환산지수'란 '상대가치점수' 1점당 단가를 뜻하며 이는 공단이 사장과 의료기관 대표와의 계약으로 매년 정해지고 있습니다.

(2) 비급여 검사의 전면 급여화, 그 시기는 언제로 예상되나요?

-> 미용, 성형 등을 제외한 의학적 필요성이 있는 비급여검사는 건강보험으로 편입될 것으로 사료됩니다. MRI, 초음파 등 치료에 필수적인 비급여검사는 모두 급여 또는 예비 급여를 통해 2017년-2022년 급여로 진행될 예정입니다.

또한, 효과는 있으나 가격적 비용이 높은 비급여 검사는 본인 부담율을 차등하여(30-90%) 예비급여로 적용하며, 3-5년 후 재평가를 통해 급여, 예비급여 혹은 비급여 여부를 결정하게 됩니다.

신의료기술평가의 경우 의료기술평가로 개편되며, 신규 비급여 외에 이미 진입한 급여의 사후 관리도 강화될 예정입니다.

(3) 급여 청구 시 가장 중요한 포인트는 무엇인가요?

-> 첫째, 건강보험법 기준을 따릅니다.

국민 건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조 (요양급여의 범위 등)에 의하면, 비급여 대상을 제외한 일체의 검사는 급여의 범위입니다. 비급여 대상은, 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 경우 실시되거나, 사용되는 행위/약제 및 치료재료, 성형수술, 본인 희망에 의한 건강검진, 예방접종을 꼽을 수 있습니다.

-> 둘째, 급여 기준을 따릅니다.

검사나 처치, 행위에 따른 급여 기준이 설정된 경우, 해당 급여 기준에 맞게 상병과 코드 설정이 필요합니다.

-> 셋째, 진료기록부를 작성한다.

환자 진료를 위한 자세한 기록이 바탕 되어야만 환자가 요청하는 추가적 세부자료, 진료비 확인 민원, 소송 등을 사전에 막을 수 있는 자료로 사용될 수 있습니다.

(4) 갑작스럽게 급여 청구금액이 증가되면, 심평원 혹은 보험공단에 타겟으로 지정되어 관심 대상이 되지 않나요?

-> 건강보험 기준과 급여 기준에 맞게 보험을 적용하였으며, 진료기록부가 세밀히 작성되었다면 심평원 혹은 건강보험공단에 타겟이 되어 부당한 대우를 받을 가능성은 없을 것입니다.

OB & GY Hot Issue

(5) 고시 기준에 합당한 검사 대상자에게 급여 검사 비용을 청구하였으나, 청구 조정 혹은 삭감되는 사례가 종종 발생되고 있습니다. 이에 대처할 수 있는 방법이 있을까요?

-> 심평원 자료에 따르면 주된 삭감 혹은 조정 신청의 이유는 '상병명 적용 오류 및 누락'과 '수가/약가 코드 착오'를 꼽으며, 그 비율은 2015년 약 37.2%, 2016년 약 23.3%로 집계되었습니다.

따라서, '상병명 적용 오류 및 누락'과 '수가/약가 코드 착오'를 확인하고, 해당 경우가 아님에도 부당 삭감(조정)으로 사료될 경우, 이의신청 또는 재심사청구를 진행하여 심사기준 적합 및 의학적 타당성을 주장해야 합니다.

(6) 병원 경영과 환자 만족을 동시에 높이기 위한 병원의 노력은 어떤 부분이 있을까요?

-> 흔히 간과하는 부분이 영수증 관리입니다. 표준 영수증 서식에는 주사, 마취, 처치 및 수술, 검사 항목 별로 급여 / 비급여로 분류되어 있습니다. 환자가 지불하는 본인부담금에 대해 의사 혹은 접수, 원무과에서 항목별 설명과 안내가 제대로 되어야 만족도를 높일 수 있으며 진료비 확인 민원, 기타 민원을 줄일 수 있어 병원 경영이 원활해질 수 있습니다.



2017년 전국순회 심포지엄에서 강의 중인 김금석 원장

김금석 원장님께서서는 지난해 16년 3월부터 올해 17년 6월까지 용인 리본산부인과 김기돈 원장님과 함께 전국 순회 심포지엄에 참석하여, 개원의를 위한 보험 청구 사례 공유 및 새로운 검진방법 등을 소개하며 많은 개원의 선생님들께 산부인과 진료에 다양한 정보를 제공하였습니다.

환자 비용 부담을 줄이고 다양한 검사를 시행할 수 있는 보험 검사로 전환하여 산부인과에 올바른 보험 청구 인식을 확립하는 것에 동참하고 있습니다.

새로워진 정부의 급여화 정책에 맞춰, 올바른 보험 청구 문화를 정착하고 산부인과와 환자 모두가 만족할 수 있는 방향성을 찾기 위해 많은 원장님들과 지속적인 대화와 노력이 필요할 것이라 당부를 아끼지 않으며 인터뷰를 마쳤습니다.

DOCTORS Obgyn

99% Natural Origin
병원 전문 여성 청결제

락토바실러스 증식에 도움이 되는 성분, Vaginal Eco Program

항균조성물특허 제10-2017-0078967
항균 인체적용 테스트 완료 (Candida, E.Coli)

일회용 청결제의 독보적 존재감
편리한 사용감과 우수한 디자인

드레싱이나 질정대용으로 사용하기 편리한,
STD 음성에 도움이 되는

항생제 치료하기 애매한 경우에도 도움이 되는

식물성 에스트로겐, 천연 히알루로산의
강력한 보습효과,

폐경기 질건조증에 도움이 되는,

산부인과 동료 의사가 개발한,

닥터스 오비진

산부인과와의 든든한 파트너입니다.



OB & GY Hot Issue

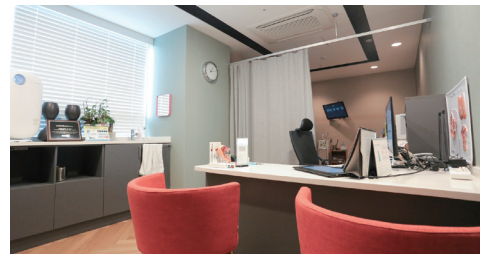
산부인과 개원 시 알아둬야 할 Tip!



정소용 원장님
미스미즈 산부인과

(1) 2017년 6월 새로운 형태로 병원에 변화를 주셨는데요, 이번 변화에 가장 크게 신경 쓰신 부분은 어떤 것 인지요?

→ 기존 병원을 새롭게 단장하면서 환자 친화적으로 꾸미려 노력하였습니다. 대기실과 진료실을 넓혀 환자의 개인정보 보호를 최적화 할 수 있는 공간을 확보하였으며, 따뜻한 색감과 인테리어를 통해 환자에게 안정감을 줄 수 있도록 변화시켰습니다.



(2) 과거부터 현재까지 지속적으로 엔티엘의료재단을 선택해 주신 이유를 여쭙볼 수 있을까요?

→ 검사결과와 정확도는 수탁업체를 선택할 때 가장 기본이고요. 그 외의 다양한 분야에도 도움을 주는 것이 가장 큰 매력이었습니다. 산부인과 전문 수탁 기관이다 보니 다양한 임상 정보와 노하우가 있고 검사결과에 대한 디테일한 설명도 잘해주고 의료진 교체 시 진행되는 전문 교육 & 환자 유치를 위한 온라인 마케팅 진행과 변경되는 보험 청구 이슈 전달들을 발 빠르게 전해줍니다. 또한 병원매출분석이나 시즌별 검사 패키지 등의 다른 회사랑 차별화된 서비스를 제공한다고 생각합니다. 저희 병원의 수익 창출과 지속가능 경영에 큰 도움 되고 있습니다.

→ 무엇보다 병원 전담 영업사원을 통해 문의사항에 대한 피드백을 즉각적으로 전달 받을 수 있다는 점이 타 수탁업체와의 차별 점으로 생각합니다.

(3) 경험과 노하우가 많은 원장님께도 진료 시 어려운 점이 있으신가요?

→ 타 병원과의 비교는 항상 있는 것이라, 어렵기 보단 이해시키고 충분한 안내로 해결이 가능합니다. 그러나 비급여 검사 시 실비 청구 방법, 검사 비용에 대한 불만 등 환자 비용 부담에 대한 원장의 노력이 필요합니다. 청구 직원에 의존하기 보다는 모든 의료진이 청구 관련 이슈를 공유해야 합니다.

(4) 개원한지 17년이 훌쩍 넘으셨는데요, 개원을 앞두고 계신 여러 선생님들께 한마디 부탁드립니다.

→ 첫 개원에는 내가 선택한 이 위치가 과연 잘 될 것인지, 주변 산부인과 분포는 어떤지, 지역 인구 밀집의 정도와 환자 진료 시 F/U은 어떻게 할지, 홍보는 어떤 방법을 쓸지 등 여러 고민과 걱정이 들기 마련입니다.

→ 내원한 환자의 만족도 향상을 위해 병원 위치와 환자 군을 파악하여 진료 패턴을 구축하는 것이 중요합니다. 17년이 훌쩍 지난 지금 돌이켜 보면, 적절한 광고 매체 선정과 환자 만족도를 높일 수 있는 환자 부담금을 낮추고 정확도를 높일 수 있는 패키지 검사 (예시: 자궁경부암 검진 시, 세포 보험 검사 & 자궁경부확대촬영검사 루틴 적용 등)를 권유하는 것이 효과적이었던 것 같습니다.

(5) 마지막으로 엔티엘의료재단에 바라는 점은 어떤 것이 있으신가요?

→ 자궁내막 선별검사, 질염 시 사용할 수 있는 제품이나 검사 등 다양한 검사와 치료재료를 소개하여 산부인과 진료에 도움을 주셨으면 좋겠습니다. 또한 다양한 심포지엄을 개최하여 최신 검사 기법과 동향을 여러 선생님들과 공유할 수 있는 자리를 마련해주시면 좋겠습니다.

건강한 여성의 미래를 창조하는
여성암 전문기관 **엔티엘의료재단**

