



성매개 질환의 치료와 관리

Treatment and Management of Sexually Transmitted Diseases

김 탁 | 고려의대 산부인과 | Tak Kim, MD

Department of Obstetrics and Gynecology, Korea University College of Medicine

E-mail : tkim@kumc.or.kr

J Korean Med Assoc 2008; 51(10): 884 - 896

Abstract

Sexually transmitted diseases (STDs) are the most common group of identifiable infectious diseases in many countries. Adolescents and young adults (15-24 years old) comprise only 25% of the sexually active population but represent almost 50% of all newly acquired STDs. In a law for prevention of infectious diseases in Korea, STDs include syphilis, gonorrhea, chancroid, nongonococcal urethritis, chlamydial infection, genital herpes, and genital wart. Bacterial vaginosis, trichomoniasis, candidiasis, amebiasis, scabies, phthiriasis, granuloma inguinale, AIDS, and high risk human papilloma virus are also included in the STDs. Individuals infected with STDs are 5-10 times more likely than uninfected individuals to acquire or transmit HIV through sexual contacts. Their control is important considering the high incidences of acute infections, complications, and sequelae, their socioeconomic impact, and their role in increasing transmission of the HIV. The purpose of this paper is to summarize the treatment and management of STDs on the basis of Centers for Disease Control and Prevention treatment guidelines for sexually transmitted diseases published in 2006.

Keywords: Sexually transmitted disease; Treatment; Management

핵심용어: 성매개 질환; 치료; 관리

서론

성전파성 질환(Sexually transmitted disease, STD)이란 사람과 사람 사이에 성접촉을 통해서 전파되는 질환으로 병원체는 세균, 바이러스, 원충, 진균이 있다. 전 세계적으로 성전파성 질환은 매일 50만명 또는 20만명당 1명꼴로 새로이 발생하며, 매년 전 세계적으로 1억 5천만명 가량의 새로운 환자가 발생하는 것으로 추정되고 있다(1). 우리나라 전염병 예방법상의 성전파성 질환이란 매독, 임질,

연성하감, 비임균성 요도염, 클라미디아 감염증, 성기 단순 포진 및 성기 사마귀를 말하는데, 그 외에도 세균성 질증(Bacterial vaginosis), 트리코모나스 질염(Trichomoniasis), 칸디다증(Candidiasis), 아메바증(Amebiasis), 음(Scabies), 사면발이증(phthiriasis), 서혜육아종(granuloma inguinale) 그리고 후천성 면역결핍 증후군(Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) 등이 여기에 속한다. 자궁경부암을 일으키는 고위험성 인유두종 바이러스(high risk human papilloma virus, hrHPV) 또한 성 접촉

Table 1. Recommended regimens for chancroid*

Azithromycin 1 g orally in a single dose
OR
Ceftriaxone 250 mg intramuscularly(IM) in a single dose
OR
Ciprofloxacin 500 mg orally twice a day for 3 days
OR
Erythromycin base 500 mg orally three times a day for 7 days

* Ciprofloxacin is contraindicated for pregnant and lactating women. Azithromycin and ceftriaxone offer the advantage of single-dose therapy. Worldwide, several isolates with intermediate resistance to either ciprofloxacin or erythromycin have been reported.

을 통해 전파된다.

최근 우리나라에도 개방적인 사고방식이나 성문화에 의해 그 위험성은 증가되고 있을 것으로 추정되지만 이러한 질환에 대한 사회적 인식은 부족하여 아직 정확한 통계가 이루어지지 않고 있다. 하지만 이러한 성전파성 질환 중 절반 이상은 15세에서 24세 사이에 호발하는 것으로 알려져 있으며 치료가 이루어지지 않을 경우 남성에게는 전립선염, 부고환염 그리고 여성에게는 골반내 감염을 통해 불임, 자궁외 임신 등을 일으킬 수 있으므로 적절하고 정확한 치료가 무엇보다 중요하다고 하겠다(2).

이에 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)의 2006년도 치료 지침을 토대로 성전파성질환의 치료와 관리에 관하여 요약하고자 한다(3).

연성하감(Chanroid)

연성하감은 HIV 감염, 음부 포진, 매독과 동시 감염이 될 수 있다. 미국 통계에 의하면 연성하감에 감염이 된 10%의 환자에서 매독 혹은 음부 포진과 동시 감염되어 있는 것으로 나타났다. 성공적인 연성하감의 치료는 감염을 완치하고 임상 증상을 완화시키며, 전염을 예방하는 것인데 진행된 경우에는 성공적 치료에도 불구하고 반흔이 남을 수 있다. 권장되는 투약 계획은 Table 1에 요약되어 있다. 포경하지 않은 HIV 양성인 남성 환자는 치료에 잘 반응하지 않을 수 있기 때문에 연성하감의 진단시에 HIV 감염 검사를 시행해야 하며 초기 검사가 음성이라도 3개월 후에는 매독

Table 2. Recommended regimens for genital herpes*

Acyclovir 400 mg orally three times a day for 7~10 days
OR
Acyclovir 200 mg orally five times a day for 7~10 days
OR
Famciclovir 250 mg orally three times a day for 7~10 days
OR
Valacyclovir 1 g orally twice a day for 7~10 days

* Treatment might be extended if healing is incomplete after 10 days of therapy.

과 HIV 검사를 반드시 해야 한다. 치료 시작 후 3~7일경 다시 진찰을 해야 한다. 만약 치료가 성공적이라면 궤양 병변은 3일 이내에 증상이 호전되며 7일 이내에 호전되는 양상을 보인다. 하지만 치료에도 불구하고 임상적 호전이 없다면 ① 진단이 정확한가, ② 다른 성 매개 질환과 동시 감염되지 않았는가, ③ HIV에 감염되지 않았는가, ④ 지침 대로 치료하지 않았는가, ⑤ 감염된 H. ducreyi균이 처방된 항생제에 내성인가 등을 고려해야 한다. 완전한 회복은 궤양의 크기에 따라 다르지만 큰 궤양의 경우 2주 이상 걸린다. 림프선증의 임상 증상의 완화는 궤양의 완화보다 느리고 세침 흡인이나 절개 배농이 필요하기도 하다. 만약 증상이 시작되기 10일 이내에 환자와 성접촉을 가진 배우자는 증상의 유무와 상관없이 치료를 받아야 한다.

음부 포진(Genital HSV Infections)

음부 포진은 만성적으로 일생 동안 지속되는 바이러스 감염이다. HSV-1과 HSV-2의 두 가지 형이 있으며 음부 포진의 첫 감염은 HSV-1이 더 흔하지만 대부분의 재발성 음부포진은 HSV-2에 의한다. 대부분의 사람들은 경증 혹은 인식하지 못하는 상태로 감염이 되고 본인이 감염되었는지 모르는 상태 혹은 증상이 없는 사람에게서 전염된다. 첫 감염 혹은 재발성 감염의 경우 전신적 항바이러스 제제가 증상과 징후를 부분적으로 조절할 수 있다. 현재 효과가 인정된 약제는 acyclovir, valacyclovir 그리고 famciclovir가 있다. Valacyclovir와 famciclovir는 경구 흡수율을 높인 약제이다. 항바이러스제의 국소도포는 임상적 효과가 적으므로 권장되지 않는다.

첫 감염의 경우에는 증상이 경하지만 나중에는 중증 혹은

Table 3. Recommended regimens for suppressive therapy of genital herpes

Acyclovir 400 mg orally twice a day
OR
Famciclovir 250 mg orally twice a day
OR
Valacyclovir 500 mg orally once a day
OR
Valacyclovir 1 g orally once a day

Table 4. Recommended regimens for episodic therapy of genital herpes

Acyclovir 400 mg orally three times a day for 5 days
OR
Acyclovir 800 mg orally twice a day for 5 days
OR
Acyclovir 800 mg orally three times a day for 2 days
OR
Famciclovir 125 mg orally twice a day for 5 days
OR
Famciclovir 1000 mg orally twice a day for 1 day
OR
Valacyclovir 500 mg orally twice a day for 3 days
OR
Valacyclovir 1.0 g orally once a day for 5 days

긴 증상을 나타낸다. 따라서 첫 감염 환자는 반드시 항바이러스 치료를 받아야 한다. 권장되는 치료 계획은 Table 2에 나타나 있다.

HSV-1의 음부 감염의 재발은 드문 반면에 HSV-2에 처음 감염된 경우 재발이 흔하다. 재발성 음부 포진의 치료를 위한 항바이러스 제제는 병변의 기간을 없애거나 줄이기 위해 간헐적으로 사용되기도 하고 재발의 빈도를 줄이기 위해 지속적으로 억제요법으로 사용되기도 한다.

억제요법은 빈번한 재발(i.e., 연간 6회 이상)을 보이는 환자에게서 70~80%의 재발을 줄여주고 무증상 발병을 나타낸다. 또한 억제요법은 재발이 덜 흔한 환자에게도 효과적이다. 매일 복용하는 경우 acyclovir는 6년까지 그리고 valacyclovir와 famciclovir는 1년까지 그 효과와 안정성이 인정되었으며 지속적 억제요법의 치료 계획은 Table 3에 요약되어 있다. 재발성 음부포진의 간헐적 요법의 효과적 치료를 위해서는 병변 발생 1일 이내 혹은 발병 이전의 전조 증상 동안 치료가 시작되어야 한다. 간헐적 요법의 치료 계획

Table 5. Recommended regimens for daily suppressive therapy in persons infected with HIV

Acyclovir 400~800 mg orally twice to three times a day
OR
Famciclovir 500 mg orally twice a day
OR
Valacyclovir 500 mg orally twice a day

Table 6. Recommended regimens for episodic infection in persons infected with HIV

Acyclovir 400 mg orally three times a day for 5~10 days
OR
Famciclovir 500 mg orally twice a day for 5~10 days
OR
Valacyclovir 1.0 grams orally twice a day for 5~10 days

획은 Table 4에 요약되어 있다. 중증 혹은 입원이 필요한 경우(e.g., 전신 감염, 폐렴, 간염), 혹은 중추신경계 합병증(e.g., 뇌수막염, 뇌염)의 경우 정맥 acyclovir 치료가 필요하다. 권장되는 치료 계획은 acyclovir 5~10 mg/kg body weight IV every 8 hours for 2~7 days 혹은 임상적 호전이 나타날 때까지 사용하며 이후 최소 총 10일간 경구 치료를 시행하여야 한다.

감염된 환자와 성 배우자에 대한 상담은 음부포진의 관리에 필수적이다. 상담의 목표는 환자가 감염에 대항하도록 돕고 성적 그리고 신생아 감염을 예방하는 것이다. 음부포진에 감염된 사람은 질병의 자연사에 대해 재발, 무증상 바이러스 퍼짐 그리고 성 접촉 감염에 중점적으로 교육받아야 하고 무증상 기간 동안에도 성접촉 감염은 이루어질 수 있다. 무증상 바이러스 퍼짐은 HSV-2가 HSV-1보다 흔하며 감염 후 12개월 이내 가장 빈번하다고 알려져 있다. 병변 혹은 증상이 있는 기간 동안 음부 포진 음성인 성 배우자와는 금욕하는 것이 바람직하다.

면역 저하된 환자에게서의 감염은 오랜 기간과 중증의 증상을 나타낸다. HIV 감염된 환자에게서의 HSV감염은 흔하게 나타나며 전염이 잘 되고 증상이 심하고 통증을 나타내고 비정형적이다. 억제요법 혹은 간헐적요법이 효과적이며 Table 5와 6에 요약되어 있다. Acyclovir, valacyclovir 그리고 famciclovir가 면역 억제된 환자에게 안전하고 중증의 경

우 acyclovir 5~10 mg/kg body weight IV every 8 hours가 초기 치료로 필요하다.

신생아 감염의 경우 대부분의 임부는 임상적으로 확실한 음부 포진의 기왕력이 적고 감염된 산모에서의 신생아 감염의 위험률은 임신 말기에 감염된 경우는 30~50%로 재발된 경우 혹은 임신 초기 1% 미만 감염된 경우에 비해 높다. 하지만 재발성 음부 포진이 훨씬 흔하기 때문에 재발성 감염에 의한 신생아 감염의 수도 상당하다. 신생아 감염의 예방은 임신중의 HSV 감염을 줄이고 분만과정에서의 노출을 없애는 데 달려있다. 증상 혹은 징후 또는 전조 증상이 없는 경우에는 자연 분만이 가능하지만 분만 시작된 시점에서 재발성 음부 포진의 병변이 있는 경우에는 제왕절개를 권장한다. 하지만 제왕절개 역시 HSV 감염을 완벽히 막아주지는 못한다.

임부에서의 acyclovir, valacyclovir 그리고 famciclovir의 전신적 사용은 안정성이 아직은 확립되어 있지 않지만 임신 1분기에 사용된 acyclovir는 주요 태아 기형을 증가시키지 않는 것으로 보고되고 있으며 valacyclovir와 famciclovir에 대한 자료는 아직까지는 제한적이다. Acyclovir는 첫 감염된 경우나 중증의 재발성 음부 포진의 경우에는 경구투여로, 중증의 HSV 감염의 경우에는 정맥 투여가 좋고, 임신 말기의 acyclovir 치료는 재발을 줄임으로써 제왕절개의 빈도를 줄일 수 있어서 사용되기도 한다. 하지만 음부 포진의 기왕력이 없는 HSV seropositive 여성에게 항바이러스 치료를 하는 것은 바람직하지 않다.

서혜육아종 (Granuloma inguinale, Donovanosis)

서혜육아종은 *Klebsiella granulomatis*에 의해 발생하는 음부 궤양성 질환이다. 특징적으로 림프병변을 동반하지 않은 무통증의 진행성 궤양병변을 나타내는데 치료(Table 7)는 최소 3주간 모든 병변이 치유될 때까지 지속되어야 한다.

Table 7. Recommended regimen and alternative regimens for granuloma inguinale

Recommended Regimen
Doxycycline 100 mg orally twice a day for at least 3 weeks and until all lesions have completely healed
Alternative Regimens
Azithromycin Azithromycin 1g orally once per week for at least 3 weeks and until all lesions have completely healed
OR
Ciprofloxacin 750 mg orally twice a day for at least 3 weeks and until all lesions have completely healed
OR
Erythromycin base 500 mg orally four times a day for at least 3 weeks and until all lesions have completely healed
OR
Trimethoprim-sulfamethoxazole one double-strength (160 mg/800 mg) tablet orally twice a day for at least 3 weeks and until all lesions have completely healed

치료후 수 일 이내에 호전되지 않는 경우 aminoglycoside (e.g., gentamicin 1 mg/kg IV every 8 hours)의 추가 치료를 권장하기도 한다. 증상이 나타나기 60일 이내에 환자와 성 접촉이 있었던 배우자는 검사와 치료가 필요하고 임부와 수유부는 erythromycin으로 치료 받아야 한다.

매독(Syphilis)

매독은 *T. pallidum*에 의해 발생하는 질환으로 음부 궤양, 감염 장소 궤양(chancr) 및 피부, 점막, 림프선, 심장, 안구, 신경계 등에 전신적인 증상을 나타낸다. 페니실린 G가 모든 시기의 치료에 권장되는 약물이며 사용되는 약제, 용량 그리고 기간은 진행 시기와 임상 증상에 따라 결정된다. 매독에 대한 페니실린의 효과는 임상적 경험에 의해 잘 확립되어 있으며 임신중의 투여에서도 효과가 확립된 유일한 약제이다. 페니실린 알러지가 있는 임부는 탈감작 후 페니실린으로 치료 받아야 한다. Jarisch-Herxheimer 반응은 매독 치료 24시간 이내에 나타나는 두통, 근육통을 동반한 급성 열성 반응이다. 이러한 부작용에 대해 치료전 환자에게 설명하여야 하고 초기 매독 환자에게 흔히 발생한다. 해열제가 사용될 수 있지만 예방할 수는 없다. Jarisch-Herxheimer 반응에 의해 조기 분만 혹은 태아 곤란증이 발생할 수 있지만 이로 인해 치료가 중단되거나 지연되어서는 안된다.

성접촉 감염은 피부점막 병변이 있는 경우에만 발생하는

Table 8. Recommended regimen for primary and secondary syphilis

Recommended Regimen for Adults
Benzathine penicillin G 2.4 million units IM in a single dose
Recommended Regimen for Children
Benzathine penicillin G 50,000 units/kg IM, up to the adult dose of 2.4 million units in a single dose

데 이러한 병변은 감염 첫 해 이후에는 드물다. 하지만 성 배우자는 임상적, 혈청학적 검사를 받아야 하며 다음과 같은 권고 사항으로 치료 받아야 한다.

- 일차, 이차 혹은 초기 잠복기로 진단된 환자와 90일 이내에 노출된 경우는 혈청 검사상 음성이라도 감염되었을 수 있으므로 감염 가정 하에 반드시 치료 받아야 한다.
- 일차, 이차 혹은 초기 잠복기로 진단된 환자와 90일 이전에 노출된 경우는 혈청 검사가 어렵거나 추적관찰이 불분명한 경우에도 감염 가정 하에 반드시 치료 받아야 한다.
- 잠복기 매독 환자와의 장기간 관계를 갖는 경우에는 임상적, 혈청학적 매독 검사를 시행하여야 하며 검사 결과에 따라 치료 받아야 한다.

감염의 위험이 있는 성 배우자를 확인하기 위한, 치료 전 기간은 ① 일차 매독 증상 기간 더하기 3개월, ② 이차 매독 증상 기간 더하기 6개월, 그리고 ③ 초기 잠복기 매독기간 1년이다.

1. 일차 그리고 이차 매독의 치료

지난 50년 이상 동안 페니실린 G가 임상적 치료에 유용하게 사용되었으며 성인에서는 페니실린 G 240만 단위를 근육 주사하며 소아에서는 5만 단위/Kg으로 최고 240만 단위를 근육 주사한다(Table 8). 1개월 이상된 신생아는 무증상 신경계 매독을 찾아내기 위해 뇌척수액 검사를 반드시 시행하여야 한다.

모든 매독 환자는 HIV 검사를 시행하여야 하며 일부 유행지역에서는 일차 HIV 검사가 음성이라도 3개월 후 재검사를 시행하여야 한다. 또한 신경계 증상이나 안과적 증상이 있는 경우 뇌척수액 검사를 시행하여야 한다. 이러한

Table 9. Recommended regimen for latent syphilis

Recommended Regimens for Adults
Early Latent Syphilis Benzathine penicillin G 2.4 million units IM in a single dose
Late Latent Syphilis or Latent Syphilis of Unknown Duration Benzathine penicillin G 7.2 million units total, administered as 3 doses of 2.4 million units IM each at 1-week intervals
Recommended Regimens for Children
Early Latent Syphilis Benzathine penicillin G 50,000 units/kg IM, up to the adult dose of 2.4 million units in a single dose
Late Latent Syphilis or Latent Syphilis of Unknown Duration Benzathine penicillin G 50,000 units/kg IM, up to the adult dose of 2.4 million units, administered as 3 doses at 1-week intervals (total 150,000 units/kg up to the adult total dose of 7.2 million units)

경우는 일차, 이차 매독 환자에게서 흔하게 일어나지만 치료 받은 경우에는 일부에서만 나타나므로 증상이 없는 경우에는 검사할 필요는 없다.

치료 실패는 어떠한 치료 계획에서도 발생할 수 있다. 하지만 치료의 성공이나 실패에 대한 확실한 기준이 확립되어 있지 않다. 이전에 매독을 앓았던 환자의 경우 nontreponemal test titers가 더 낮게 감소한다. 치료 후 6개월과 12개월 후 임상적, 혈청학적 검사를 시행하여야 하며 추적 관찰이 어려운 경우 좀 더 자주 검사하는 것이 바람직하다. 치료 후 증상이 남아있거나 재발 혹은 nontreponemal test titers가 4배 이상 증가하는 경우 치료 실패 혹은 재감염으로 판단한다. 이런 경우 다시 치료하고 다시 HIV 검사를 시행해야 한다. 이러한 치료 실패는 재감염과 구분하기 어려우므로 뇌척수액 검사도 시행하여야 한다. 치료 6개월 후 nontreponemal test titers가 4배 이상 감소하지 않은 경우 치료 실패의 가능성이 높으며 역시 HIV 검사를 다시 시행하여야 한다. 이러한 경우 좀 더 자주 3개월마다 혈청검사를 시행하는 것이 바람직하다. 추적 관찰이 어려운 경우 재치료가 권장되고 있으며 재치료는 신경계 매독이 아닌 경우에는 페니실린 G 240만 단위 근육주사를 매주 3주간 시행한다.

페니실린에 알러지가 있는 경우 대체 약제로 사용 가능한 것은 doxycycline (100 mg orally twice daily for 14 days) 과 tetracycline (500 mg four times daily for 14 days)이며 그 중 doxycycline이 위장관계 부작용이 적어 치료 순응

Table 10. Recommended regimen for tertiary syphilis

Recommended Regimen
Benzathine penicillin G 7.2 million units total, administered as 3 doses of 2.4 million units IM each at 1-week intervals

도가 좋다. 일부 연구에서는 ceftriaxone (1 g daily either IM or IV for 8~10 days)이 효과적이라고 보고되고 있고 azithromycin의 효과도 보고되고 있으나 치료 실패도 보고되고 있어 제한적이다. 페니실린 알러지가 있는 환자에서는 치료 순응도나 추적관찰이 나쁜 경우 탈감작을 시행하여야 한다.

2. 잠복기 매독

잠복기 매독이란 질병의 증거없이 혈청학적 양성을 나타내는 것을 의미한다.

잠복기 매독의 치료는 전염에 영향을 미치지 않으며 지연 부작용을 예방하기 위함이다. 뇌척수액 검사상 음성인 경우 권장되는 치료 계획은 Table 9에 요약되어 있다.

다음과 같은 증상을 나타내는 경우 즉시 뇌척수액 검사를 시행하여야 한다.

- 신경학적 혹은 안과적 증상 혹은 징후
- 활동성 삼차 매독의 증거(e.g., 대동맥염, 고무종)
- 치료 실패
- 후기 잠복기 매독 혹은 기간을 알 수 없는 매독 환자의 HIV 감염

치료 기간중 페니실린 주사를 빼먹은 경우의 대처는 불명확하지만 약리학적으로 10~14일 간격은 허용되는 것으로 간주하지만 임부의 경우에는 치료 계획 전체를 다시 시행하여야 한다. 정량적 nontreponemal serologic tests를 6, 12 그리고 24개월에 반복하여야 하고 뇌척수액 검사상 음성인 경우 ①혈청학적 검사의 역가가 4배 이상 증가하거나, ② 치료 12~24개월 후에도 치료전 높은 역가(1:32 이상)가 4배 이상 감소하지 않는 경우, ③ 매독의 증상이 나타나는 경우 다시 치료를 시행하여야 한다. 치료 후에도 역가가 감소하지 않는 드문 경우에 있어서는 추가 치료와 반복적 뇌척수액 검사의 필요성은 확실하지 않다.

페니실린 알러지가 있는 경우에는 doxycycline (100 mg

Table 11. Oral desensitization protocol for patients with a positive skin test*

Penicillin V suspension dose [†]	Amount [§] (units/mL)	mL	Units	Cumulative dose (units)
1	1,000	0.1	100	100
2	1,000	0.2	200	300
3	1,000	0.4	400	700
4	1,000	0.8	800	1,500
5	1,000	1.6	1,600	3,100
6	1,000	3.2	3,200	6,300
7	1,000	6.4	6,400	12,700
8	10,000	1.2	12,000	24,700
9	10,000	2.4	24,000	48,700
10	10,000	4.8	48,000	96,700
11	80,000	1.0	80,000	176,700
12	80,000	2.0	160,000	336,700
13	80,000	4.0	320,000	656,700
14	80,000	8.0	640,000	1,296,700

Observation period: 30 minutes before parenteral administration of penicillin

* Reprinted with permission from the *New England Journal of Medicine*.

SOURCE: Wendel GO Jr, Stark BJ, Jamison RB, Melina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 312: 1229-1232.

[†] Interval between doses: 15 minutes; elapsed time: 3 hours and 45 minutes; and cumulative dose: 1.3 million units.

[§] The specific amount of drug was diluted in approximately 30mL of water and then administered orally.

orally twice daily) 혹은 tetracycline (500 mg orally four times daily)을 28일간 복용하는 것이 유일한 대체 약제이다. 임부의 경우에는 탈감작을 시행하여야 한다.

3. 삼차 매독

삼차 매독은 고무종, 심혈관계 매독을 의미한다. 삼차 매독의 치료는 Table 10에 요약되어 있으며 증상이 있는 만성 매독은 치료전 뇌척수액 검사를 시행하여야 한다.

4. 임신중의 매독

모든 임신부는 임신 초기에 매독 검사를 시행하여야 하며 위험지역에서는 28~32주 경과 분만 전에 두번 더 시행하는 것이 바람직하고 임신 20주 이후 사산한 경우에도 매독검사를 시행하여야 한다.

Table 12. Treatment regimens for nongonococcal urethritis

Recommended Regimens
Azithromycin 1 g orally in a single dose
OR
Doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days
Alternative Regimens
Erythromycin base 500 mg orally four times a day for 7 days
OR
Erythromycin ethylsuccinate 800 mg orally four times a day for 7 days
OR
Ofloxacin 300 mg orally twice a day for 7 days
OR
Levofloxacin 500 mg orally once daily for 7 days

페니실린 치료가 태아로 전염되는 것을 예방하는 데 효과적이다. 임부의 매독 치료는 각각의 시기에 따른 매독치료와 동일하게 시행되어야 한다. 일부에서는 benzathine penicillin 240만 단위 근육 주사를 일차, 이차 혹은 초기 잠복기 매독 임부에게 초기 치료 일주일 후 추가접종하는 것을 권장하기도 한다. 임신 후반기 동안 선천성 매독의 유무(간장비대, 복수, 태아 수종 혹은 태반 비후)를 초음파검사로 확인하여 치료 성공 여부를 판단할 수 있다. 임신 후반기에 매독 치료를 받은 여성은 만약 Jarisch-Herxheimer 반응이 나타난다면 조산, 태아 곤란증 또는 사산의 위험성이 있으므로 태동의 감소 등을 유심히 관찰하여야 하며 하지만 이러한 부작용 때문에 치료를 지연해서는 안된다. 혈청학적 검사는 28~32주와 분만시 그리고 각 시기에 따른 권장 기간에 시행되어야 한다. 페니실린 알러지가 있는 경우 대체 약물은 없으므로 탈감작하여 페니실린으로 치료하여야 한다. Tetracycline과 doxycycline은 임신중 사용하지 않으며 erythromycin은 감염된 태아의 치료 효과가 확실하지 않으므로 사용하여서는 안된다. Azithromycin과 ceftriaxone에 대한 태아 감염 예방에 대한 연구도 아직 부족하다.

5. 탈감작

페니실린 피부 반응검사서 양성인 경우 탈감작을 시행할 수 있다(Table 11). 탈감작은 경구 방법이 정맥 투여

Table 13. Recommended regimens for recurrent and persistent nongonococcal urethritis

Metronidazole 2 g orally in a single dose
OR
Tinidazole 2 g orally in a single dose
PLUS
Azithromycin 1 g orally in a single dose (if not used for initial episode)

에 비해 안전하고 쉽다. 탈감작은 중증 IgE 매개 알러지 반응을 일으킬 수 있으므로 병원에서 준비하에 시행되어야 하며 첫 용량 투여 후 4시간 안에 완료할 수 있다. 탈감작 후 치료기간 동안 페니실린을 지속적으로 유지하여야 한다.

비임균성 요도염 (Nongonococcal Urethritis)

비임균성 요도염의 치료는 진단 후 가급적 빨리 시작되어야 한다. 치료 방법은 Table 12에 요약되어 있다. Azithromycin과 doxycycline은 클라미디아 요도염에는 매우 효과적이지만 *M. genitalium*은 azithromycin에 더 잘 반응한다.

치료 후 증상이 지속되거나 재발하는 경우 다시 내원하여야 하는데, 증상만 있고 검사결과는 음성인 경우에는 재치료하지 않는다. 치료 시작 후 7일간은 금욕하도록 교육하여야 하며 60일 이전 기간 동안의 성 배우자도 검사와 치료가 필요하다. 3개월 이상 통증, 불쾌감 그리고 배뇨 자극 증상이 지속되는 경우 만성 전립선염 혹은 만성 골반통의 가능성을 고려하여야 한다.

재발성, 반복성 요도염의 경우 초기 치료에 순응하지 않거나 성 배우자로부터 재감염된 경우에는 초기 치료를 다시 시행할 수 있지만 그렇지 않은 경우에는 Table 13과 같이 치료한다.

클라미디아 감염증 (Chlamydial Infections)

성병 가운데 가장 흔한 클라미디아는 대부분 25세 이하에서 가장 발생 빈도가 높다. 클라미디아 감염의 치료는 성 배

Table 14. Treatment regimens for chlamydial infections

Recommended Regimens
Azithromycin 1 g orally in a single dose
OR
Doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days
Alternative Regimens
Erythromycin base 500 mg orally four times a day for 7 days
OR
Erythromycin ethylsuccinate 800 mg orally four times a day for 7 days
OR
Ofloxacin 300 mg orally twice a day for 7 days
OR
Levofloxacin 500 mg orally once daily for 7 days

Table 15. Treatment regimens for chlamydial infections in pregnant women

Recommended Regimens
Azithromycin 1 g orally in a single dose
OR
Amoxicillin 500 mg orally three times a day for 7 days
Alternative Regimens
Erythromycin base 500mg orally four times a day for 7days
OR
Erythromycin base 250mg orally four times a day for 14 days
OR
Erythromycin ethylsuccinate 800mg orally four times a day for 7 days
OR
Erythromycin ethylsuccinate 400mg orally four times a day for 14 days

우자의 감염을 예방하며 임부의 치료는 태아 감염을 예방한다. 클라미디아는 임질 감염과 동시 감염이 흔하므로 임질 환자에서는 감염 전제 하에 치료를 시행하여야 한다(Table 14). 전염을 최소화 하기 위해서 일회요법 치료 후 7일간 혹은 7일 요법 기간 동안에는 금욕하여야 하며 또한 모든 성 배우자의 치료가 끝날 때 까지는 금욕하여야 한다. 임부를 제외하고는 완치 판정을 위한 검사는 권장되지 않는다. 대부분의 치료 후 감염은 재감염에 의한 것이고 반복되는 감염은 골반염의 위험성을 증가시킨다. 이러한 경우에는 치료

종결 후 3개월 후 재검사할 것을 권장하고 있다.

환자의 성 배우자 또한 반드시 검사와 치료가 이루어져야 한다. 증상이 발생하기 전 60일 이내에 성관계를 가진 배우자들은 모두 검사와 치료를 받아야 하고, 60일 이전이라도 가장 최근의 성 배우자는 검사와 치료를 받아야 한다.

임부에게 있어서는 doxycycline, ofloxacin 그리고 levofloxacin은 금기이며 치료 계획은 Table 15에 요약되어 있다. 또한 erythromycin estolate는 간독성 때문에 임신 중에는 금기이다. 치료 종결 3주 후에 재검사가 권장된다.

임 질(Gonococcal Infections)

성병 가운데 두 번째로 흔한 임질은 남성에게는 대부분 증상을 나타내기 때문에 치료를 받게 되며 심각한 후유증을 발생시키지 않지만 여성에게는 골반염같은 합병증을 나타내기 전에는 증상을 나타내지 않아 불임, 자궁외 임신 등의 심각한 합병증을 발생시킨다.

N. gonorrhoeae 감염은 흔히 *C. trachomatis*와 동시 감염을 일으킨다. 따라서 임질 감염 치료시 클라미디아 감염을 동시에 치료하는 것이 권장된다. 대부분의 임질에 잘 반응하는 doxycycline과 azithromycin으로 치료하는 것이 항생제 내성 임질균의 발생을 막을 수 있다.

Quinolone 내성 *N. gonorrhoeae* (QRNG)이 일부 유럽 지역, 중동, 아시아, 태평양 지역, 캘리포니아 그리고 하와이에서 증가하고 있어 이러한 지역에서는 ciprofloxacin같은 quinolones의 처방이 추천되지 않는다. 임질의 치료는 Table 16에 요약되어 있다. Ceftriaxone의 치료 효과는 98.9%, cefixime의 치료 효과는 97.4%로 보고되고 있다. Ciprofloxacin은 QRNG가 아니라면 99.8%의 치료 효과를 나타내고 ofloxacin은 98.6%의 효과를 나타내지만 두 약제 모두 더 이상 보편적으로 사용되지는 않는다. 만약 QRNG가 의심되면 ceftriaxone IM 또는 cefixime PO를 사용해야 한다.

합병증을 동반하지 않은 치료받은 임질 환자에게는 치료 판정 검사를 할 필요는 없다. 단 치료 후에도 증상이 지속되는 경우 *N. gonorrhoeae* 배양 검사와 항생제 내성 검사를

Table 16. Treatment regimens for uncomplicated gonococcal infections of the cervix, urethra, and rectum

Recommended Regimens
Ceftriaxone 125 mg IM in a single dose
OR
Cefixime 400 mg orally in a single dose
OR
Ciprofloxacin 500 mg orally in a single dose
OR
Ofloxacin 400 mg orally in a single dose
OR
Levofloxacin 250 mg orally in a single dose
PLUS
Treatment for chlamydia if chlamydial infection is not ruled out
Alternative Regimens
Spectinomycin 2 g in a single IM dose
OR
Single-dose cephalosporin regimens (other than ceftriaxone 125 mg IM and cefixime 400 mg orally) that are safe and highly effective against uncomplicated urogenital and anorectal gonococcal infections include ceftizoxime (500 mg, administered IM), cefoxitin (2g, administered IM with probenecid 1 g orally), and cefotaxime (500 mg, administered IM). None of the injectable cephalosporins offer any advantage over ceftriaxone.
OR
Single-dose quinolone regimens include gatifloxacin 400 mg orally, norfloxacin 800 mg orally, and lomefloxacin 400 mg orally. These regimens appear to be safe and effective for the treatment of uncomplicated gonorrhea, but data regarding their use are limited. None of the regimens appear to offer any advantage over ciprofloxacin, ofloxacin, or levofloxacin, and they are not effective against QTRNG.

시행해야 한다. 지속되는 요도염, 자궁경부염 혹은 전립선염은 *C. trachomatis*나 다른 원인균에 의한 것일 수 있다. 치료 후 발견되는 감염은 대부분 치료 실패보다는 재감염에 의한 것이다. 이러한 경우에는 치료 3개월 후 재검사를 시행해야 한다.

환자의 성 배우자는 검사와 치료를 받아야 한다. 증상이 발생하기 전 60일 이내에 성 관계를 가진 배우자들은 모두 검사와 치료를 받아야 하고 60일 이전이라도 가장 최근의 성 배우자는 검사와 치료를 받아야 한다. 그리고 치료가 끝나고 성 배우자의 증상이 없어질 때 까지는 성관계를 가져서는 안된다.

임신중에는 quinolones 혹은 tetracyclines은 사용해서는

Table 17. Treatment regimens for bacterial vaginosis

Recommended Regimens
Metronidazole 500 mg orally twice a day for 7 days
OR
Metronidazole gel, 0.75%, one full applicator (5 g) intravaginally, once a day for 5 days
OR
Clindamycin cream, 2%, one full applicator (5 g) intravaginally at bedtime for 7 days
Alternative Regimens
Clindamycin 300 mg orally twice a day for 7 days
OR
Clindamycin ovules 100 mg intravaginally once at bedtime for 3 days

안되며 cephalosporin을 사용해야 한다. Cephalosporin을 사용할 수 없는 경우에는 spectinomycin 2g single dose IM을 사용하며 클라미디아 감염이 의심되거나 진단되면 azithromycin 혹은 amoxicillin을 동시에 사용하여야 한다.

세균성 질증(Bacterial Vaginosis)

비임신 여성에서의 세균성 질증의 치료는 ① 질 증상과 징후를 완화하고, ② 유산이나 자궁적출 후의 감염에 의한 합병증의 위험성을 줄인다. 또한 다른 감염(e.g., HIV와 그 외의 성병)의 위험을 줄이는 효과가 있다. 증상이 있는 모든 여성은 치료를 받는 것이 좋으며 권장되는 치료 계획은 Table 17에 요약되어 있다. 증상이 호전되면 추적 관찰은 필요하지 않으며 성 배우자의 치료도 필요하지 않다.

임신중의 세균성 질증은 조기 양막과열, 조기 진통, 조산, 양막내 감염, 산욕기 자궁내막염, 그리고 제왕절개술 상처 감염 등과 관련이 있다. 임신 여성에서의 치료의 효과는 비임신 여성과 동일하며 조산을 감소시키는 것으로 보고되고 있다. 따라서 증상이 있는 모든 임부는 치료를 받아야 하며 증상이 없는 조산의 고위험 임부(i.e., 조산의 기왕력이 있는 경우)에는 치료하는 것을 권장하고 있으나 이상적인 치료 계획은 확립되어 있지 않다. 임부에서의 치료는 Table 18에 요약되어 있다. 증상이 없고 조산의 위험성이 낮은 임부에서의 치료는 불분명하다. Clindamycin cream은

Table 18. Treatment regimens for pregnant women of bacterial vaginosis

Metronidazole 500 mg orally twice a day for 7 days
OR
Metronidazole 250 mg orally three times a day for 7 days
PLUS
Clindamycin 300 mg orally twice a day for 7 days

Table 19. Treatment regimens for trichomoniasis

Recommended Regimens
Metronidazole 2 g orally in a single dose
OR
Tinidazole 2 g orally in a single dose
Alternative Regimen
Metronidazole 500 mg orally twice a day for 7 days

16~32주경 사용했을 시 저체중아 태아 감염 등의 부작용이 보고되고 있으므로 임신 초반에만 사용되어야 한다.

트리코모나스 질염(Trichomoniasis)

트리코모나스 질염은 *T. vaginalis*에 의해 발생하는 감염으로 악취가 나는 녹색 분비물이 나타난다. 치료는 Table 19에 요약되어 있으며 metronidazole 사용시에는 치료 완료 후 24시간, tinidazole 사용시에는 72시간 동안 금주하여야 한다. Metronidazole은 효과가 적으므로 권장되지 않으며 만약 치료가 실패한 경우 metronidazole 500 mg orally twice daily for 7 days 또는 tinidazole 2g single dose를 사용한다. 그럼에도 치료가 실패한 경우 tinidazole 또는 metronidazole at 2g orally for 5 days로 치료해야 한다. 증상이 없어진 경우 추적관찰은 필요하지 않으나 성배우자의 치료는 반드시 필요하다. 배우자의 치료가 끝나 증상이 없어질 때까지는 금욕하여야 한다.

임신중의 트리코모나스 질염은 조기 양막파열, 조기 진통 그리고 저체중아 등과 연관이 있지만 치료가 주산기 사망률을 감소시킨다는 증거는 없다. Metronidazole은 category B이고 tinidazole은 category C이다. 수유중 여성에게는 metronidazole 투약 후 12~24시간 동안 수유를 중단하여야 하고 tinidazole은 3일간 중단하여야 한다.

Table 20. Treatment Regimens for Vulvovaginal Candidiasis

Recommended Regimens
Intravaginal Agents:
Butoconazole 2% cream 5 g intravaginally for 3 days
OR
Butoconazole 2% cream 5 g (Butoconazole 1-sustained release), single intravaginal application
OR
Clotrimazole 1% cream 5 g intravaginally for 7~14 days
OR
Clotrimazole 100 mg vaginal tablet for 7 days
OR
Clotrimazole 100 mg vaginal tablet, two tablets for 3 days
OR
Miconazole 2% cream 5 g intravaginally for 7 days
OR
Miconazole 100 mg vaginal suppository, one suppository for 7 days
OR
Miconazole 200 mg vaginal suppository, one suppository for 3 days
OR
Miconazole 1,200 mg vaginal suppository, one suppository for 1 day
OR
Nystatin 100,000-vaginal tablet, one tablet for 14 days
OR
Tioconazole 6.5% ointment 5 g intravaginally in a single application
OR
Terconazole 0.4% cream 5 g intravaginally for 7 days
OR
Terconazole 0.8% cream 5 g intravaginally for 3 days
OR
Terconazole 80 mg vaginal suppository, one suppository for 3 days
Oral Agent:
Fluconazole 150 mg oral tablet, one tablet in single dose

칸디다 질염

칸디다 질염은 *C. albicans*에 의해 발생되고 때로는 다른 *Candida* 균주에 의해 발생된다. 권장되는 치료 계획은 Table 20에 요약되어 있다. 단기간의 국소 도포는 효과적이어서 80~90%의 효과를 나타내고azole 치료가 nystatin 보다 효과적이다. 증상이 없는 배양검사에서만 양성으로 나온 경우에는 약 10~20%에서는 질내 *Candida*와 다른 yeast가

Table 21. Treatment regimens for external genital warts

Recommended Regimens	
<p>Patient -Applied: Podofilox 0.5% solution or gel. Patients should apply podofilox solution with a cotton swab, or podofilox gel with a finger, to visible genital warts twice a day for 3 days, followed by 4 days of no therapy. This cycle may be repeated, as necessary, for up to four cycles. The total wart area treated should not exceed 10cm², and the total volume of podofilox should be limited to 0.5 mL per day. If possible, the health-care provider should apply the initial treatment to demonstrate the proper application technique and identify which warts should be treated. The safety of podofilox during pregnancy has not been established</p>	
OR	
<p>Imiquimod 5% cream. Patients should apply imiquimod cream once daily at bedtime, three times a week for up to 16 weeks. The treatment area should be washed with soap and water 6~10 hours after the application. The safety of imiquimod during pregnancy has not been established.</p>	
<p>Provider -Administered: Cryotherapy with liquid nitrogen or cryoprobe. Repeat applications every 1~2 weeks.</p>	
OR	
<p>Podophyllin resin 10~25% in a compound tincture of benzoin. A small amount should be applied to each wart and allowed to air dry. The treatment can be repeated weekly, if necessary. To avoid the possibility of complications associated with systemic absorption and toxicity, two important guidelines should be followed: 1) application should be limited to <0.5mL of podophyllin or an area of <10cm² of warts per session, and 2) no open lesions or wounds should exist in the area to which treatment is administered. Some specialists suggest that the preparation should be thoroughly washed off 1~4 hours after application to reduce local irritation. The safety of podophyllin during pregnancy has not been established.</p>	
OR	
<p>Trichloroacetic acid (TCA) or Bichloroacetic acid (BCA) 80~90%. A small amount should be applied only to the warts and allowed to dry, at which time a white "frosting" develops. If an excess amount of acid is applied, the treated area should be powdered with talc, sodium bicarbonate (i.e., baking soda), or liquid soap preparations to remove unreacted acid. This treatment can be repeated weekly, if necessary.</p>	
OR	
<p>Surgical removal either by tangential scissor excision, tangential shave excision, curettage, or electrosurgery</p>	
Alternative Regimens	
Intralesional interferon	OR
Laser surgery	

있을 수 있으므로 치료의 적응이 되지 않는다. 재발성 칸디다 질염은 1년 동안 4번 이상의 감염된 경우로 정의하는데

Table 22. Treatment regimens for scabies

Recommended Regimens
<p>Permethrin cream (5%) applied to all areas of the body from the neck down and washed off after 8~14 hours</p>
OR
<p>Ivermectin 200ug/kg orally, repeated in 2 weeks</p>
Alternative Regimens
<p>Lindane (1%) 1 oz. of lotion or 30 g of cream applied in a thin layer to all areas of the body from the neck down and thoroughly washed off after 8 hours</p>

이러한 경우 질 분비물 배양검사를 시행하여야 하고 국소치료를 7~14일 하거나 fluconazole을 3일에 한번씩 100mg, 140mg, 혹은 200 mg 총 3회 경구 투여를 권장한다. 지속요법으로는 fluconazole 경구 투여를 매주 6개월간 사용하거나 국소 clotrimazole 200 mg twice a week, clotrimazole 500mg dose vaginal suppositories once weekly 또는 다른 국소 치료를 간헐적으로 사용한다.

인유두종 바이러스 감염(HPV Infection)

100여종 이상의 인유두종 바이러스가 있고 그 중 30여종이 생식기에 감염되는데 생식기 사마귀 혹은 자궁경부 상피내 병변을 일으키지 않은 인유두종 바이러스 감염의 치료는 권장되지 않는다.

성기 사마귀(Genital Warts)의 원인은 HPV 6또는 11형이 가장 흔하지만 진단을 위해서 HPV 검사를 하지는 않는다. 치료의 일차 목표는 보이는 병변을 모두 제거하는 것인데 병변을 제거하는 것이 전염에 영향을 미치는지는 불분명하다. 또한 성기 사마귀의 존재 혹은 치료가 자궁경부암의 발생과 관련이 있는가는 알려져 있지 않고 어떠한 치료가 우수한지도 또한 알려져 있지 않으므로 임상적 결과가 좋은 방법이 선택되어 사용되어야 한다. 성기 사마귀의 치료는 Table 21에 요약되어 있다. Podofilox는 값이 싸고 사용이 쉬우며 자가 도포가 가능하지만 치료후 경중-중등도의 통증 혹은 국소 자극증상을 나타내기도 한다. Imiquimod는 국소적으로 인터페론과 사이토카인의 생성을 자극하여 면역력을 증가시킨다. 전통적으로 자가투여 치료는 추적관찰이

Table 23. Treatment Regimens for Pediculosis Pubis

Recommended Regimens
Permethrin 1% cream rinse applied to affected areas and washed off after 10 minutes
OR
Pyrethrins with piperonyl butoxide applied to the affected area and washed off after 10 minutes
Alternative Regimens
Malathion 0.5% lotion applied for 8~12 hours and washed off
OR
Ivermectin 250ug/kg repeated in 2 weeks

필요하지 않지만 치료중 수주 후에 추적 관찰하는 것이 유용할 수도 있다. Cryotherapy는 온도에 의해 사마귀를 파괴하는 것이다. Podophyllin resin은 얇게 도포한 후 공기 중에서 말려서 사용한다. TCA와 BCA는 화학적 응고를 통해서 사마귀를 파괴한다. 점도가 낮으므로 과도하게 바르면 주위 조직로 퍼져 손상을 일으킬 수 있다. 통증이 심한 경우에는 비누나 sodium bicarbonate로 중화할 수 있다. 성기 사마귀는 치료 후 3개월 이내에 재발을 잘 하므로 3개월 후 추적 관찰을 하는 것이 유용하기도 하다. 재발에 재감염이 관여를 하는지 알려져 있지 않으므로 성 배우자의 검사는 필요하지 않다. 치료를 하는 것이 전염력을 줄이는가에 대한 증거가 없으므로 전염을 예방하기 위해 치료하는 것은 바람직하지 않다. 임신중에는 imiquimod, podophyllin, 그리고 podofilox은 사용되어서는 안된다. 임신중 성기 사마귀는 증식하거나 부서지기 쉬우므로 제거하는 것이 권장되고 HPV 6, 11형은 태아와 아이들의 호흡기 유두종을 유발할 수 있다. 성기 사마귀에 의해 골반 입구가 막힌 경우나 자연 분만중 심한 출혈이 예상 될 경우 제왕절개의 적응이 되기도 하지만 제왕절개가 호흡기 유두종을 예방한다는 보고는 없다.

옴(Scabies)

옴진드기 (*Sarcoptes scabiei*)에 의해 현미경으로 옴진드기를 확인하여 진단한다. 치료는 Table 22에 요약되어 있다. Lindane은 독성(경련, 재생불량성 빈혈) 때문에 일차 약제로 사용되어서는 안되며 목욕이나 샤워 후 즉시 사용하면 안되고 피부염이 있거나 임부, 수유부 또는 2세 이하의 어린이에게는 사용해서는 안된다. 치료 시작 2주 동안은 증상이 지속될 수 있음을 인지하여야 하고 1개월 이내에 친밀한 접촉이 있었던 사람이나 가족은 반드시 치료를 받아야 한다.

음모슬증(Phthiriasis)

Pediculosis pubis 감염에 의해 발생하며 사면발이라고도 한다. 치료는 Table 23에 요약되어 있다. 증상이 지속되는 경우 1주일 후 검사를 시행하여야 한다. 이가 보이거나 알이 보이는 경우 재치료가 필요할 수도 있다. 성 배우자는 반드시 치료받아야 하며 치료가 완전히 끝날 때까지는 금욕하여야 하며 Lindane은 독성(경련, 재생불량성 빈혈) 때문에 일차 약제로 사용되어서는 안되며 임부에게는 금기이다.

참고문헌

1. UNAIDS. Force for change: World AIDS Campaign with young people. UNAIDS 1998 theme. AIDS Anal Afr 1998; 8: 8-9.
2. Hillis SD and Wasserheit JN. Screening for Chlamydia-A Key to the prevention of pelvic inflammatory disease. New England Journal of Medicine 1996; 334: 1399-1401.
3. Centers for Disease Control. Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2006, MMWR 2006; 55: 11.



Peer Reviewers Commentary

본 논문은 성전파성 질환(sexually transmitted diseases)의 치료와 관리에 대한 종설로서 각 성접촉으로 인한 질환들에 대해 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)의 2006년도 치료 지침을 토대로 성전파성 질환의 치료와 관리에 관하여 요약하였다. 서론에서는 성전파성 질환의 정의와 원인 및 그 발생 빈도와 양상에 대해서 잘 기술하고 있으며, 본문에서는 각 질환의 치료와 관리에 대해서 상세히 기술하고 있다. 특히, 성배우자 및 임신중 치료와 관리에 대해서도 상세히 기술함으로써 실제 의료 현장에서 본 논문에 기술된 치료를 그대로 적용할 수 있을 만큼 유용하다 하겠다. 최근 개방적인 사고방식이나 성문화에 의해 성전파성 질환의 위험성이 증가될 것으로 추정되며 성전파성 질환 중 절반 이상은 15세에서 24세 사이에 호발하는 것으로 알려져 있다. 적절한 치료가 이루어지지 않을 경우 남성에게는 전립선염, 부고환염 그리고 여성에게는 골반 내 감염을 통해 불임, 자궁외 임신 등을 일으킬 수 있고 특히 인유두종 바이러스는 자궁암을 일으키는 중요한 매개체이고 AIDS는 인간의 생명을 앗아가는 질환이므로 성전파성 질환이 사회적으로 미치는 영향은 매우 크다고 하겠다. 따라서 이번 종설은 일선에서 치료하시는 의사 선생님들에게 최신의 적절하고 정확한 치료와 관리를 하는 데 많은 도움을 주리라 생각된다.

[정리: 편집위원회]