

장지브스로 인한 회장종말부 천공에 대한 간호

<제 116 육군 병원>

대 위 신 정 자

<목 차>

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. 서 론 | 3) 입원경과 |
| 2. 장질부사의 역사와 감염경로 | 4) 수술소견 |
| 3. 임상증상 | 5) 치 료 |
| 4. 의학적소견 | 6) 장질부사의 특수간호 |
| 5. 합병증 | 7) 일반간호 |
| 6. 치 료 | 8. 예 방 |
| 7. 임상연구 | 9. 결 론 |
| 1) 사회적 배경과 현재신분 | 10. 참고문헌 |
| 2) 현병력 | |

1. 서 론

아직도 후진국가로서 위생 시설이 미비하고 위생관념이 희박하고 예방접종의 대책을 전국적으로 받을 수 없는 나라에서는 많은 장질부사 환자를 내고 있다. 우리 나라에서도 이런 환자가 문헌상에 나타난 수자를 훨씬 넘으리라는 것은 항생 물질의 도입으로 시설이 불충분한 진찰실에서 값이 싸고 여러가지 병에 적용될 수 있는 Chloramphenicol을 많이 수용함으로써 정확한 진단이 내려지지 않고 회복된 환자가 많으리라는 것이 짐작된다. 여기에서 장질부사에 대한 역사, 감염경로, 증상, 합병증, 치료 등에 대해 진술하고 당병원에서 경험한 장질부사로 인한 회장종말부 천공환자에 대해서 간략하게 소개코자 한다.

2. 장질부사의 역사와 감염경로

디브스란 회람달로 연기 열기, 혼수라

는 뜻으로서 이같은 수세기 동안 의식의 일부 또는 완전히 의식이 없어지는 집단적으로 발생하는 질병의 병명으로서 사용되어 왔다. 장질부사의 원인균인 *Salmonella Typhosa* 는 Motile gram-negative bacillus로서 1856년 Budd에 의해 전염력이 있음이 발견되었고 1880년 에버스가 장질부사로 사망한 시체부검증 비장과 mesenteric gland에서 균을 발견했다. “가프키”는 “에버스”와는 관련없이 손수 배양에 성공하였다. 전염병학적으로 유의해야 할 것은 장질부사는 인류만의 병이며 사람의 오염된 배설물의 첫번째의 전염원이 된다는 것과 한사람으로부터 또 다른 사람에게로 오염된 배개물(대변, 소변, 기타)이 전파되는 경로를 추적 하기는 곤란하다는 것이다.

전염은 주로 (1) 오염된 음료수로 되

나 가끔 보균자인 요터사가 만든 음식으로 전파되기도 한다. 임상적으로나 기타 병리학적증후가 없는 보균자는 병을 전파시키는데 있어서 환자보다 더욱 중요한 위치에 있는 것이다. (2) 파리는 발이나 입으로 균을 옮기며 더킹동안 그의 장에 보유해서 중간 숙주 역할도 한다. 하수도구가 나가는 곳의 조개도 병균을 옮길 수 있다. 즉 사람, 곤충, 기타 편 보균자들이 중요하기는 하나 본질적으로 물에 의해 전염되는 질병인 것이다. 이것은 군대나 민간집단에서 폭발적으로 전염이 일어나는 것으로 증명된다. (3) 장질부사보균자에 대해 말하자면 많은 나라에서 이에 대해 연구해 왔다. 장질부사의 전파에 있어서 보균자는 가장 중요한 위치에 있는 것이다. 1904년 Drigalski가 완전한 건강인으로부터 간균을 적출한데서부터 시작해서 Sagupéé는 회복기 보균자는 병후로부터 3개월 이내에 간균이 없어지고 만성보균자는 수년 또는 영구보균자로 지남다고 했다(해브슨씨에 의하면 2~4%) 여기에 첨가해서 알려 두고 싶은 것은 의식하지 못하는 사이에 경하게 장질부사를 앓고는 그런 일이 없다고 말하는 보균자도 있다. 일시적보균자와 만성보균자의 정확한 구별은 매우 어려운 것이다. 보통 병에서 회복된후 소변과 대변에서의 세균이 없어지기는 6주내지 3개월 이내라고 한다. Saqupéé가 이르는 만성보균자란 완전회복후 3개월이상 보균하는 사람을 말한다. 3개월 이후의 보균기간도 만성병변의 간존여부에 따라 차이가 많다. 보균자는 간균의 잠복부위에 따라 구분된다 (Duodenal

tube examination method에 의거). 담낭보균자는 제일 많은 형(型)으로 장질부사간균은 장질부사 전경과에서 담낭에 위치하게 되며 담낭염을 합병하고 그 후에 형성된 담석에서 장질부사 간균이 검출된 예도 있었다한다.

리버덕트(Liver duct) 보균자는 담낭에서의 상행성감염보다도 일반적으로 열행성감염으로 보고있다. 이런경우는 그리 흔하지 않다. 장보균자는 "카라우스씨와 그외의 연구자들이 발견한 것으로서 만성장괴양, 만성충수염에서 오며 대단히 드물다. 만성보균자는 장보균자보다도 드물다. 그러나 이것은 반것보다 더 위험하다. 그 이유는 소변은 어느곳에서나 쉽게 오염을 일으킬 수 있기 때문이다.

카베트씨에 의하면 6.8%에서 열이 없어진후 2개월까지 장질부사간균도를 나타낸다고 한다. 장질부사간균은 대변이나 소변에 의해서 전파되는데 다행히도 외계에서의 저항이 강하지는 못하다. 이 간균은 적당한 습도와 온도(37도5부 섭씨) 그리고 적당한 영양이 번식하는데 필요하다. 대변 소변을 통해 외계로 나오면 빨리 파괴되며 이는 외계의 여러가지 조건에 따라 차이가 있다. 대개 1,2일만에 파괴된다. 겨울철에 대변이 얼 때는 그속에서 온 겨울을 살 수가 있으며 들속에서 수일 내지 일주일간 생존하며 깨끗한물에서는 더러운 물보다 더 오래 생존한다(토오세나씨주장). 크라인씨에 의하면 지하수에서 36일간 생존했다는 보고를 하고 있다. 균의 침입구는 소화기관인데 특히 소장,의 입파선이 침범된다. 후

<학술 연구 발표>

자는 인두 임파조직이나 편도선이 침입구가 될 수도 있다고 주장한다. 임파조직에서 월행으로 균이 들어가는데 이때 비장, 간, 장간막임파선의 망상상피세포가 식균작용을 하기 때문에 혈액내의 균은 짧은 시일내에 없어진다. 그러는 동안 균은 임파조직에서 계속 증식해서 두 번째 균혈증을 일으키며 이때 임상적증상과 함체의 출현이 동시에 나타나기 시작한다. 이것이 잠복기가 일치하는데 10~12일 (Variation 1~4weeks 이다)이다. 둘째번 균혈증이 올때 소장 상부가 침입을 받게 되는데 이것은 담낭, 담도관 통해서 온다. 그리고 피부, 골수등에 균이 정주한다. 장질부사의 특유병변은 회장의 임파조직 (Payer's patches)의 증식으로 시작되는데 그 follicle 에 망상세포 내피세포가 증식해서 출혈과 부종이 있으면서 follicle 이 커진다. 점막은 muscularis mucosae와 분리하게 된다. 경하게 경과할 때는 이 변화가 10일 이내에 염증의 흡수와 세포의 재생으로 치료되기도 한다.

그러나 흔히 계속 진행되어 증식된 임파조직의 표면에 피사균 일으켜 여러가지 깊이와 모양의 괴양을 형성한다. 괴양의 모양은 장축과 평행으로 긴타원형 그 병변은 회맹막에서 덜수록 심해져가 않는다. 즉 회맹막주위에 천공이 많이 일어나는데 회장의 어느곳 보다 그곳의 괴양이 깊이 파진다. 발병 4주에 괴양 밑에서 육아조직이 커져나가고 열에서 결막상피가 자라나서 낮게 된다. 그 결과 반흔이 형성되는데 이것이 소장의 폐쇄나 혈착을 일으키지는 않는다. 장간막임파

선도 소장의 임파조직과 똑 같은 병변이 일어난다. 비장은 저음부터 울혈되기 시작해서 발병 첫주말에 흑지된다.

간도 마찬가지로 커지는데 그 이유는 망상상피세포가 많은 기관이기 때문이다. 세계제1차대전때 예방접종의 성공, 위생관리법의 장족한 발전으로 장질부사의 빈도는 현저하게 줄어들었다. 더욱이 항생제의 출현은 이 병의 전형적인 임상적증상과 특유한 경과를 몇날에 비해 거의 볼 수 없을 정도로 만들었다.

3. 임상증상

장질부사의 증상은 일정하지가 않다. 일주일이나 2주일에 그치는 경한것도 있는가 하면 6이나 8주이상 계속되는 경우도 있다. 때로는 10일 이내에 풀장을 보는 파격환 경우도 있다. 보통은 4~5주간 경과한다. 점차적으로 권태, 무통, 열감이 3~4일간 오다가 치장열이 날로 높아간다. 처음 10일간은 두통이 현저하며 전신권태나 헤소, 식욕부진을 동반한다. 때로는 오심, 구토를 동반하기도 한다. 발병 제2주까지는 보통 변비가 있게되며 복부의 불편감이나 팽만감을 동반한다. 비출혈은 조기 증상으로 약 20%에서 본다. 셋째주에서는 열이 102도에서 104도 (화씨) 때로는 화씨 105도까지 오르기도 한다. 체온의 변화에 따라서 발한이나 오한이 있다. 해열제의 두어는 열을 급격히 하강 시킨다. 열의 최고기에 선망이 있기도 하다. 감각이 둔해져서 멍하게 끔직한 표정에 목적없이 침구를 헤치곤 한다. 하리가 병발되고 수양회색 또는 특색대변이 배설된다.

열은 1주 또는 2주간 지속되다가 차차 떨어진다. 정상체온에는 병후 약 30일에 돌아간다.

4. 의학적 소견

의학적 소견은 질병의 자기에 따라 다르다.

첫주 : 특이한 의학적소견은 없고 열감과 약간의 복부팽만감이 있을 뿐이고

2주 : 30%에서 비장이 촉진(연하고 약간 비배)되고 발진이 2~3주 사이에 나타난다. 발진은 2~3미터의 장미진 같고 2~5일간 지속한다. 두간(軀幹) 특히 상복부나 하흉부에 있으며 불과 10여개에 지나지 않을때도 있고 안면이나 사지(四肢)에 퍼지기도한다.

처음 2주간에서는 열에 비해 맥박이 느리며 85/1분 105도(화씨)가 보통이었다가 차차 열에 비례해서 나타난다. 질병의 최고기에 복부팽만감이 심하여서 중증도의 전부부압통이 있다. 보통 우측에서 심하다. 모든 소견은 열의 하강과 더불어 차차 없어진다. 회복기는 완만하다. 대개 열이 하강한뒤 1개월 이내에 정상활동이 허용된다. 좋은 간호 적당한 수분공급과 영양섭취는 환자의 회복에 절대적인 역할을 한다.

5. 합병증

1) 소장 출혈 : 가장 심한 합병증은 소장에서의 출혈이다. 이는 Payers Patch의 괴양이 혈관을 침범하여 일어나는 현상이다. 그 결과 제3, 4주에는 대변에서 occult blood(+)로 나온다. gross blood는 10~20%에서 볼 수 있다. 다량의 출

혈은 때로는 치명적일 수 있다. 심한 설혈은 창백, 호흡촉박, 심계항진, 혈압하강의 증상이 명백하게 나타난다. 어떤환자에서는 급격한 체온하강을 볼 수 있었다 한다.

2) 장천공 : 이는 2%정도에서 볼 수 있는 드문 합병증이나 치명적인 합병증이다. 때로는 사망의 원인이 되기도 한다. 육안적인 장출혈이 때로는 천공으로 진행하기도 한다. 천공의 임상소견은 어떤 때는 기존(既存)의 복부팽만감, 복통, 압통등으로 선명치 못한 때도 있으나 대개의 경우 갑자기 강력한 동통이 우(右)하복부에 오고 극소압통과 장운동운동의 저하 또는 상실을 보게된다. 엑스레이(X-Ray)상으로 복강내에 공기를 볼 수 있다. 맥박은 증가되고 백혈구증가는 진단상 도움이 된다.

3) 기타 : 기관지염이 진행하여 폐렴(균에 의하여)이 오는 수도 있다. 2~3%에서 담낭염이 있고 나중에는 담석증으로 남게 된다. 유열기나 그후에 장골단이나 척추골에 골락염이 오기도 한다. 농신증도 보고된 예가 있다. 정맥혈전증, 뇌막염, 관질염도 가끔 보는 합병증이다. 유산이나 조기분만에는 임신부에 있어서 태부분 일어난다고 한다. 10% 정도에서 회복기에 재발을 보게된다. 수일간 열이 있거나 혹은 증상이 다 나타나기도 하나 그때 경과는 짧고 임상증상도 본 질병보다 경하게 경과된다.

6. 치 료

1) 환자와 접촉한 모든 사람은 병실에 들어가기전에 까운을 입고 환자의 진찰

<군민 합동>

후 혹은 그외 물진과 접촉한 후에 반드시 손을 비누나 크배솔액에 씻는다.

2) 환자의 식기, 수건 등은 자불한다.
3) 환자의 배설물은 시립백설물처리장에 처리한다. 특히 우리나라에서는 전담과 먼 거리에 처리해야 한다.

4) 1948년대까지는 특별한 약이 없었으나 Chloramphenicol 의 출현으로 많은 도움이 되었다. 즉 2~3gm/daily로 열이 정상으로 떨어질때까지 쓴다. 그후에는 1.0~1.5gm를 2~4회로 12~6시간 간격으로 분부시킨다. 처음 2일간은 임상적인 상태에 변화가 없으나 균혈증은 치료개시 후 수시간이내 끝난다. 제3일에는 열이 떨어지고 증상이 소실되고 식욕이 회복되고 환자는 회복기에 접어든다.

5) Cortison 200mg/daily로 4~5일간 Chloramphenicol과 병용하면 빠르게 증상이 소실되게 된다. Cortison은 환자에게 해롭지 않다.

6) 재발은 환자에게 Chloramphenicol 1.0 gm/daily로 3~4주 계속하면 예방할 수 있다.

7) 장의 살혈이나 천공은 Chloramphenicol 치료후 열이 없고 또는 증상이 없을때도 일어날 수 있는 합병증이다. 그렇으므로 오랜안정과 세심한 관찰이 요하게 되는 것이다. 이것은 모든 회복기환자에 대해 3~4주의 Chloramphenicol치료를 계속함으로써 감소시킬 수 있다.

8) 천공이 일어나면 외과적처치를 해야 되나 Tetracycline과 Chloramphenicol로서의 고식적요법도 효과적일 때가 있다.

9) 비출혈이 일어나면 수혈해야 한다.

7. 임상연구

1) 사회적배경과 현재신문

일병 김××(만22세, 1941년 9월1일생, 남)은 훈련소에서 멀지 않은곳 전라북도 익산군의 시골에서 태어나 그곳 국민학교를 마치고 중, 고, 대학을 타 지방에서 다니다 대학재학중 가정형편상 자진 군에 입대하여 훈련을 마치고 훈련소기간 사병으로 남아 교육계조수로 근무하고 있었다. 9명의 가족은 다 건강하며 과거에도 특기할만한 것은 없었다. 주말의솔로 집에 다녀온 후 발병했으므로 짐뽀네에서의 감염이 아닌가 의심하여 장질부사로 확정이 내린후 민간부락에 돌아온 결과 다른 1명의 환자가 발생했음을 확인했다.

2) 현병력(現病歷)

이 환자는 主訴(chief complaints)로서 전신연태, 무릎, 견성쇄소, 식육부진, 수양성하리, 오심등의 증상을 15일전부터 호소해 왔다. 입원 15일전부터 열감과 동시에 오한과 경한 두통을 느끼게 되었고 그 때 부터 식육부진이 있어 軟食(soft diet)을 먹으면 곧 오심이 오며 자주 구토를 하였다 한다. 또한 복동이 없는 간헐적수양성하리와 배소등으로 전신연태가 왔고 날이 갈에 따라 상기증상들이 심하여졌으므로 당병원에 후송되어왔다. 입원당시의 의학적 검사에서 나타나는 소견으로는 맥박 100/1분, 체온 103도 화씨, 혈압 116/60mm Hg, 호흡 26/1분에 아주 커치른 고민상의 청년이었다. 경한 결막 빈혈이 심히 탈수되어 있는 구순(口唇=cherry like tongue)를 볼 수 있

었고 심장에서 고등이 대단히 약하고 빨랐으며 피부에서 크양이 추한 광범위한 발진이 체간부에서 볼 수 있었다. 그의 입원특시 의뢰했던 병리시험소견은 다음과 같다.

W B C	3,000
R B C	390만
Stool Occult Blood	(+)
Urine	albumin(+)
Widal test	Typhoid OH 1:320 Paratyphoid A 0 Paratyphoid B 1:20 Proteus OX19 0
Chest X-Ray	Negative

3) 입원경과

1963년 3월 16일 16.00시 10분에 입원, 안정과 유동식 및 항생제의 투여등을 하였는데 두통, 해소는 더 심하여지니 가꿈 오한이 있었다. 그러나 3월14일 18.00시경 1.200cc의 혈변이 있었고 이때부터 16일 0.100까지 사이에 4.000 cc의 혈변이 있어 수혈은 이에 따라서 시행했다. 그러자 19일 갑자기 심한 복통을 호소하며 복부경사결과 장의 천공이 의심이 있어 엑스레이(X-Ray) 촬영으로 천공이 확인되어 즉시 응급 수술을 하였다. 수술후 1주에 창상감염을 일으켰을뿐 특기할만한 사항없이 차차 전신상태가 좋아져서 입원후 47일만에 제대하였다. 제대시 아직 수개월간 보균자로 지낼것을 설명하고 섭식과 교우관계 개선등을 비료로 쓰지 않을 것등을 일러주었다.

4) 수술소견

회장종말부는 심히 충혈되어 있었으며

회맹변에서 약 40 cm 근위부에 0.5×0.4 크기의 천공이 하나 있었으며 축지로 많은 궤양이 있음을 알았다. 그래서 회장종말부 약 120cm 가량 절제하고 ileo-transverse colostomy end-to-side를 하였다. 절제한 회장을 열어보니 무수한 궤양이 약 90cm 길이에 번져 있었고 육안적인 천공된 궤양은 찾아볼 수 없었다. M.G.L. 예시의 병리학적인 보고서 장절부사궤양임을 확인하였다.

5) 치 료

연식을 할 수 있을 때는 별 문제가 안되지만 입원 3일후 widal test에서 장절부사가 확진됨과 동시에 그 전일부터 심한 혈변때문에 수분배설량을 정확히 측정하고 5% D/S과 수혈을 초과됨이 없이(식일이 없이) 주어 기초진전대사를 유지시켰고 Chloramphenicol의 靜注(IV injection)로서 원인요법을 시행하였다. 물론 수술후에 Levine tube를 통한 위내용물의 흡인으로서 혼출물의 대략적인 성분은 5% D/S나 5% D/w 등으로 보충시키고 혈액색소를 측정하여 창상치유에 지장을 안주도록 수혈도 시행하였다. 수술후 동통의 제거나 노 폐쇄에 대한 배뇨(catheterization)는 어느 복부수술에서나 마찬가지로 시행했다. 구강투약으로는 Chloramphenicol 2.0gm Q 6H daily 주었다. 열이 떨어진후에도 계속 4주일간 1.5 gm Q 8 H daily로 주었다. Chloramphenicol은 충분하였으리 이의 치료중 골수에 작용하여 전혈구감소증과 두파렐성세포과다증이 생긴 가능성에 대해서는 매주마다 CBC로 이런 부작용이 없음을 확인하고 사용하였다. 그의 교열, 불면증,

〈군민 활동〉

번비등에 대해서는 그다지 어렵지 않게 투약에 잘 반응하였다. 식이는 군에서 할 수 있는 고열양 식이에 단백질공급이 모자라서 집에서 매일 음식을 가져오게끔해서 충분한 식사제공을 할 수 있었다. 창상감염은 전신 상태가 나빠서 생겼으리라 보는데 단순한 감염이었으므로 드레싱(Dressing)으로 며칠후 깨끗이 나았다.

6) 장질부사에 대한 특수간호

1. 독방에 격리시킴이 원칙이었으나 육군의 사정상 나무로 만든 옮길 수 있는 칸막이를 사용해서 타 환자와 격리 수용했다.

2. 방은 시원하고 조용히 해주고 직사광선을 피하기 위해 커튼을 해주었다.

3. 방문창에는 스크린을 쳐서 곤충의 특히 파리의 침입을 막았다.

4. 병실입구에는 소독까은, 마스크 그리고 2%크레졸 수세수를 준비하고 환자와 접촉한 모든 사람의 손을 씻게했다.

5. 대소변기, 농반기에는 사용하기 전에 5%크레졸수를 담아 두었다가 사용후에는 지정된 건열병환자 오물처리장에 배출 처분했다.

6. 환자가 먹다남긴 음식물은 5%크레졸수가 담긴 질방통에 부어서 대소변과 같은 장소에 배출처분하였다.

7. 식기는 세척하기 전에 5%크레졸수가 담긴 바케스에 1시간 담켰다가 세척했다. 1주 1회 자불소독했다.

8. 세탁물은 세탁장에 가져가기 전에 5%크레졸에 1시간 담켰다 보냈다.

9. 환자용 수건은 자불 소독했다.

10. 구강의 청결은 장질부사 환자에는

중요한 사항이다. 오물이 치아나 구순에의 침착을 예방하기 위해 파산화수소 구토로 입안을 씻어주고 구순엔 glycerine을 발라주고 몸을 씻게 했다. 식사 전후에는 약한 소독된 합수(붕산용액)으로 함소시켰다.

11. 장기간 경과되는 질환인으로 환자체력의 소모를 최소한으로 줄이기 위해 최선을 다했다.

12. 식이는 군의 사정상 해주고 싶은 대로 할 수 없었기에 환자실에서 가져오게끔 했다. 자극적이 아니고 깨쓰를 형성치 않고 단백질함량이 많은 고열양 식이를 공급하기에 힘썼다.

13. 배변은 대변기를 비우기전에 세밀히 관찰하였다.

14. 대변검사들은 occult blood나 gross blood를 보기위해 병리시험실에 보냈다.

15. 이 환자는 전형적인 장질부사의 증상이 나타났으므로 장출혈의 주증상인 제온하강, 빈맥, 호흡축박, 창백, 갈증, 불안에 대해 세밀한 관찰을 하였다.

16. 이런증상이 있을때 즉시 군의관에게 연락하고 환자는 조용하게 안정시키고 경구적 음식물투여를 지시가 있을때 까지 중지시켰다.

17. 장의 진공을 우려해서 세밀한 관찰을 했다.

18. 급작히 찌르는듯한 복통이 있고 맥박이 증가되고 제온이 하강했다가 다시 상승되고 안면표정은 근심스러운 표정이 되고 오실파 구토가 있고 복근강직이 있고 식은 땀을 흘리기에 의과파의 진찰을 의뢰했다.

19. 의과적 처치를 받는 동안 일반의 파적 간호는 물론 환자배설물의 처치 급식기취급은 내과적 격리병실에서와 마찬가지로 시행했다.

7) 일반간호

1. 체온, 맥박, 호흡측정은 Q2H트하다가 의과적 처치후에는 일반의과 환자와 같이 의과사의 지시에 준해서 측정했다.

2. 체온이나 맥박, 호흡의 급격한 변화는 감의 출혈이나 전공의 증거임으로 세심히 측정했다.

3. 체온이 높을때는 미지근한 물로 침상목욕을 시켜주었다.

4. 매일 더운물 목욕을 시켜 순환을 촉진시키고 잠이 잘 오게 해 주었다.

5. Bed sore의 예방을 목적으로 목욕중에 비누물은 윤활제로 압박부위에 마사지를 해주었고 1일2회 50% 알콜 마사지를 해 주었다.

6. 배설물로 인한 침구의 오염으로 부터 보호하기 위해 고무씨트를 갈아 주었다.

7. 피부의 자극을 예방키 위해 옷이불에 주름살과 부스터기를 없이해 주었다.

8. Rubber air ring을 항상 준비하고 압박부위에 받쳐 주었다.

9. 환자의 체위는 두시간마다 바꿔 주어서 욕창은 물론 침하성 폐렴을 예방하기에 힘썼다.

10. 매일 수분량과 배설량을 균의관지시에 의해서 정확히 측정했다.

8. 예 방

1896년 Pfeiffer 씨와 Kolle 씨가 동물

실험을 해오다가 혈청배양한것을 56도에 서 멸균해서 피하주사해서 위력이 없음을 알고 많이 이용했다. 이 예방접종의 효과는 굉장했었다. 그후 "그리넬씨는 장질부사의 원인균중에서 독성이 적은 strains를 가지고 예방접종을 한 결과 효과가 있음을 안 후 1930년 Rawling's strains를 가지고 확전을 만들었다. 그후 "그리넬씨는 이 방법을 모방해서 확전에 적당한 strains을 발견했는데 No. 58. for Vaccination of U.S. Army Personnel이라는 strains가 발견되었다. Oral Administration of Dead Typhoid Bacilli를 Besredka 씨가 주창해서 유럽의 어느 국가에서 사용했지만 그 효과는 크지 못했다 한다. 이와같은 과정을 거쳐오는 날에는 장질부사에 대한 번역은 실제에 있어 용이하게 완전히 얻을 수 있다.

확전은 보통 1 Billion heat-killed organism/percc의 것을 쓴다. 1주간격으로 0.5 1.0 1.0cc의 3회의 피하주사를 한다. 접종후엔 극소동통과 6~12시간 사이엔 전신열을 동반하는 경우가 많다. 0.1cc의 피하주사도 가능하다. 이는 많은 량의 피하주사이나 마찬가지로 극소동통이나 경결은 있지만 대개 systemic reaction은 경감한다고 한다. 면역은 6~12개월간 지속되며 사람에 따라서 더 길 수도 있다.

특히 우리나라에서 항생제의 난용으로 인하여 이 병의 진단에 난관을 초래함은 물론 자칫하면 외과적복부절환술 일으켜 생명까지 위협함을 예방키 위해서 누구나 매년 전염시기를 앞두고 빠짐없이 예방접종을 받아야 할 것이다.

効力  正確

美容劑 + 強肝劑 = 씨·스타

皮膚美容

強肝劑!

500mg의 VC

씨·스타

200mg의 구루구슬산

三一共藥



9. 결 론

- 1) 장질부사에 대한 일반적인 개념, 증상, 치료 특히 그의 전염원 및 경로 문제에 대하여 논했다.
- 2) 환자의 배설물, 식기, 수건등의 처리문제에 대해서 고찰해 왔다.
- 3) 근년 특히 우리나라에서 항생물질의 남용에 따르는 진단의 난관 또한 이에 따라 야기하기 쉬운 중대한 합병증 즉 위파적 부부질환등에 대해 기술하는 바이다.
- 4) 장질부사 질환에 대한 일반적 및 특별간호경트를 재고찰 해 보았다.

◀참 고 문 헌▶

Cecil & Loeb: Textbook of Medicine. Saunders p201-p205.
 Ella L. Rothweiler: The Art and Science of Nursing. p294-p299.
 Franklin H. Top: Handbook of Communicable Disease. Mosby p476-p480
 Hays Zinsser: A Textbook of Bacteriology D. Appleton-Centry p523 534.
 許 塚: 廻腸終末部 穿孔性 腹膜炎의 發生機轉에 關한 研究. 大韓外科學會雜誌 Vol 5 No. 2 Feb. 1963.

군민합동학술연구발표회 연사 명단

간호원 마취사	이 중 선
Parents Class	최 애 옥
Typhoid Fever 傳染 회	신 정 자
장충달부 천공에 대한 간호	
자막이식에 대한	송 화 자
개요와 환자 간호	
단성합병증을 가진	송 영 숙
입부들의 환경조사	
정신 분열증(진단명)	배 영 희
의 대한 간호	