

前置胎盤患者에 對한 臨床的 考察

李 星 子

<全州看護學校>



~目 次~

I. 緒 論	9) 前置胎盤과 胎位
II. 結果 및 考察	10) 周産期死亡(Perinatal death)
1) 發生頻度	11) 母體死亡
2) 經産回數 및 年齡別	12) 輸 血
3) 流産回數 및 年齡別	13) 産前診察 與否 및 産前看護
4) 妊娠週別	14) 治 療
5) 月別分佈	15) 看 護
6) 症 狀	III. 結 論
7) 前置胎盤과 妊娠中毒 症	참고문헌
8) 分娩方法	

I. 緒 論

前置胎盤이란 一般의으로 子宮後上壁에 附着해야 할 胎盤이 異常의인 位置 즉 子宮下部 되는 子宮狹部에 附着하는 경우를 말하며 胎盤 附着部分의 程度에 따라 全前置胎盤(Total Placenta Previa), 部分前置胎盤(Partial Placenta Previa), 下方附着胎盤(Low insertion of Placenta)의 세가지 형태로 구분한다. 아직 發生

原因은 不明하나 子宮內膜의 病的 變化에 起因한다고 본다. 前置胎盤은 正常位置 胎盤早期剝離와 같이 妊娠 後半期에 초래되는 出血性合併症의 主要 原因이며 陰 出血로 인하여 母體 및 胎兒에 危急한 狀態가 發生 可能하므로 臨床的으로 매우 重要성을 가진다.

本道立全州病院 産婦人科에서는 治療方針으로 帝王 切開手術을 주로 하였고, 그외 陰式分娩도 하였는데 이 중 주시할만한 점은 公例가 陰出血을 同伴한 점과 대부분 事態가 危急한 患者들이었다는 점이다. 이러한 危急한 死境을 免하기 위하여서는 좀더 注意깊은 關心과 적절한 事前敎育과 적절한 分娩時期의 選擇등으로 위험한 상태를 사전에 예방함으로써 좀더 安全한 母體 및 胎兒 健康을 유지하는데 産科的 意義가 있다. 따라서 筆者는 前置胎盤患者에 대하여 臨床的 觀察과 看護 活動에 적극 기여하고자 한다.

資料: 1969年 1月 1일부터 1972年 12月 31일까지 4年 동안에 걸쳐서 본 道立全州病院 産婦人科에 入院分娩 한 총 2,114 例中에서 前置胎盤患者 23例를 대상으로 관찰하였다.

II. 結果 및 考察

(1) 發生頻度

分娩總數에 대한 前置胎盤의 發生頻度는 1:92 즉1.09 %였다. (표 1)

Pedowitz²⁾의 302:1 Eastman¹⁾의 200:1, 姜¹³⁾ 등의 148:1, 張¹²⁾ 등의 126:1의 比率에 比하여 현저하게 높은 値를 보이고 있으며 그 이유로서는 이 地域의 特性으로 보아 대부분이 아직도 家庭分娩을 하고 있으며 가정분만 도중 또는 個人病院 分娩中이라도 分娩時 應急手術의 對備의 不備等으로 本病院으로 옮겨진 경우가 많은 것으로 思料된다.

種類別로 나누어 보면 前置胎盤이 47.83% (11例) 로서 第一 높았고, 다음으로 部分前置胎盤이 39.13% (9例), 下方附着胎盤 13.04% (3例) 로서 가장 낮았다.

Eastman¹⁾의 分類統計는 Total 23%, Partial 29%, Low 48% 로서 筆者와의 比는 正反對의 現象이었고, 姜¹³⁾ 등의 Total 44.8%, Partial 32.5%, Low 22.4% 로서 비슷한 値였다. 이는 本病院의 調査年度, 地域 機關의 차이 등에 기인한 것으로 部分 或은 下方附着의 경한 合併證으로는 病院에 오지 않고 거의가 家庭分娩 혹은 개인병원에서 分娩을 하는 이 地域의 실정으로 미루어 볼 수 있다.

(표 1) Incidence of Placenta Previa

Total number of deliveries	2,114
Incidence of Placenta Previa.....	23(1:92)
Total Placenta Previa.....	11(47.83%)
Partial Placenta Previa.....	9(39.13%)
Low insertion of Placenta	3(13.04%)

(2) 經産回數 및 年齡別

표2에서와 같이 前置胎盤 發生의 年齡別 分布는 30~34세 (34.8%)에서 가장 많이 發生되었고(初·經産 包含), 그다음으로는 35~39세 (30.4%)에서 많이 發生하였다.

初産婦와 經産婦를 비교해 보면 初産部에서는 13.4% (3例) 1~4회 經産婦는 69.57% (16例), 5회 이상 經産婦는 17.39% (4例) 였다.

分娩回數別로 보면 1~4회의 經産婦에서 가장 많은 發生率을 보이고 있다. 표1에서 보는 바와 같이 總分娩回數 2114例에 대한 分娩回數別 發生率은, 初産婦에서 0.5%로 가장 낮고, 1회 經産婦 1.2%, 2회 經産婦 1.4%; 3회 經産婦 1.8%, 4회 經産婦 1.8%, 5회 이

上 經産婦 1.9% 등 分娩回數가 많아질수록 그發生比率도 上昇함을 볼 수 있다. 또한 姜¹³⁾ 등은 初産婦보다 3회 以上 經産婦에서는 3倍 以上 더 많이 發生하였다고 報告하였는데 筆者가 調査한 그發生率도 이에 附合한다.

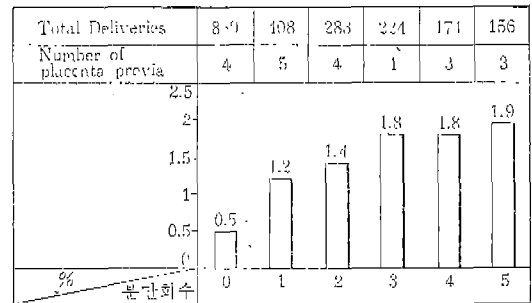
Eastman¹⁾의 報告에 의하면 前置胎盤이 合併되는 가장 重要한 原因중 하나는 子宮內膜의 炎症이나 萎縮性變化로 脫落膜의 血管化 缺損이라고 하였으며 年齡이나 反復妊娠이 그 原因이 된다고 하였고, 이중 年齡이 分娩回數보다 더 重要한 原因이 된다고 하였다.

한편 Paul Pedowitz²⁾는 分娩回數가 增加함에 따라 前置胎盤의 發生率도 上昇한다고 하였으며 年齡과의 關係는 意義가 없다고 報告하였다.

(표 2) Incidence of Placenta Previa according to Parity & age

Age	Parity			%
	0	1~4회	5회이상	
20~24	1	0	0	4.3
25~29	2	2	0	17.4
30~34	0	7	1	34.8
35~39	0	5	2	30.4
40 Plus	0	2	1	13.04
Total No of Patient	3 13.04%	16 69.57%	4 17.39%	100%

(표 1) Incidence of Placenta Previa According to Parity



(3) 流産回數 및 年齡別

前置胎盤 23例中 과거에 있어서 自然 혹은 人工流産의 經歷을 가진 例가 16例(2/3以上)이었다. 自然流産보다 人工流産 즉 掻爬手術이 大部分이었다. 표3과 같이 34~39세 사이에 流産經歷이 第一 높았고, 그중 7

회의 流産經驗을 가진 例가 1例 있었고 45세의 高齡에서 1例 있었다.

Eastman³⁾은 子宮內膜의 炎症이나 萎縮性 變化로 脫落膜의 缺損이 前置胎盤을 일으키는 原因中의 하나라고 報告하였는데 筆者의 경우도 掻爬手術로 因한 子宮內膜 萎縮과 人工流産으로 因한 感染은 前置胎盤을 일으키는 重要한 原因이 된다고 추정할 수 있다.

(표 3) Incidence of Placenta Previa According to Abortion age

Age	abortion		
	0	1~4	5
20~24	0	1	0
25~29	1	2	0
30~34	2	4	1
35~39	3	5	2
40Plus	1	1	1
Total of abortion	7	12	4

(4) 妊娠週別

妊娠週別 前置胎盤의 發生率은 표4와 같다. 全例에 있어서 妊娠 25~42 WKS 즉 妊娠末期에서 發生하였다. 25~30주에 있어서의 發生頻度는 13.0%로 이때의 胎兒 生存은 거의 不可能한 狀態이며 胎兒 死亡率의 直接的인 要因(未熟産 또는 早産)이 된다. 또한 23例中 10例가 未熟産으로 나타났는데 그중 6例는 死産했고 4例는 未熟兒로써 生存하였다. 하영수¹⁰⁾氏는 出生兒의 10%가 未熟兒로 태어나는 報告에 비하여 筆者가 본 Placenta Previa에 있어서는 未熟兒가 43.5%로 나타났다.

滿期(37~42週) 시기에서의 發生頻度는 56.5%로써 비교적 높은 値이며 前置胎盤은 대체로 37주에 들어가는 胎兒先進部가 더욱 下降하는 傾向이 있으므로 이時

(표 4) Incidence of Placenta Previa by Gestational Weeks

25~30wks	3	13.0%
31~33 "	2	8.7%
34~36 "	5	21.7%
37~39 "	6	26.1%
40~42 "	7	30.4%
		56.5%

期부터 前置胎盤의 症狀인 出血이 잘 나타난다고 본다. 이것은 胎兒生存能力이 可能한 頻度가 높음을 意味한다.

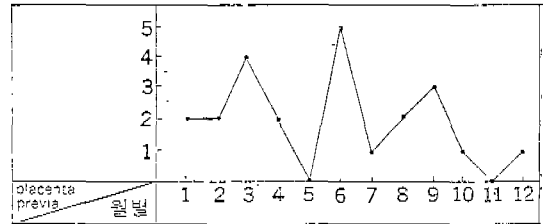
(5) 月別分布

표2와 표5에 의하여 月別로 區分해본 結果 繼續上昇하는 率은 없었고 그중 6月이 5例로 第一 높았고 季節別로 나누어 보면 夏節(6,7,8月)에 있어서 8例로 第一 높았으나 月別 前置胎盤의 發生率은 別意義가 없는 것으로 본다.

(표 5)

月別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
placenta previa	2	2	4	2	0	5	1	2	3	1	0	1

(도 2)



(6) 症狀

표6에서와 같이, 本道立全州病院 産婦人科에서 初診時 無陣痛 臍出血이 9例(39.13%), 陣痛을 同半한 子宮出血이 14例(60.87%)로써 前置胎盤의 主要 症狀인 子宮出血은 100%로 나타났다. 陣痛을 同半한 出血이 많은 것은 發病 初期에 無痛性出血이 있는데도 不拘하고 陣痛이 나타날 때까지 참고 기다렸다가 病院에 온 경우라고 보아야 하며 産前管理 때의 事前敎育이 必要하다고 본다. 臍出血은 前置胎盤에 있어서 특징적으로 오는 合併症이며 처음엔 出血이 적고 內診이나 性交等 강한 壓力을 加하지 않으면 심한 出血을 볼 수 없으나 며칠 후 혹은 1~2週日後에 거의 再發된다고 Eastman은 指摘하였다. 大部分의 出血形態는 點滴出血(Spottling)에서 시작해서 점점 大量으로 量이 增加하여 繼續적으로 出血한다. 때로는 처음부터 大量出血이 있을

수 있는데 이와 같이 심한 出血이 처음부터 시작되던 豫後는 대개 不良하다. 또한 出血量은 陣痛 發作時에 多量이고 全前置胎盤에 있어서 가장 많고 部分前置胎盤이나 下方附着胎盤에 있어서는 破水後 혹은 胎兒分娩後에 出血은 減少된다.

(표 6) Symptom of Placenta Previa

Symptom	Number (%)
Uterine bleeding without labor	9 (39.13%)
Uterine bleeding with labor	14 (60.87%)
Total	23 (100%)

(7) 前置胎盤과 妊娠中毒症

표 7과 같이 前置胎盤 23例中 1例로서 4.35%가 妊娠中毒症을 同伴하였다. 張¹²⁾ 등이 報告한 6:59%, 그리고 朴¹⁰⁾이 報告한 7.25%보다 낮은 경향을 보이고 있는데 그 理由는 前置胎盤에 있어서는 早産의 頻度가 높기 때문에 妊娠中毒症이 頻發하는 滿期妊娠의 例가 적어서 낮은 것으로 思料되며 또한 初産婦의 例가 적은 故로 初産婦에서 頻發하는 妊娠中毒症이 적은 것으로 推測된다.

(표 7) Toxemia of Placenta Previa

	Total	Patial	Low	%
Normal	11	9	2	95.65
Pre-eclampsia	0	0	1	4.35
Total	11	9	3	100

(8) 分娩 方法

腔式分娩이 1例로서 4.35%이며 腹式分娩은 22例로서 95.65%이었으며 張¹²⁾ 등이 報告한 腔式分娩 24.18%와 腹式分娩 75.82%에 비교하면 筆者의 報告에 의하면 비교적 腹式分娩이 많았다. 이를 細分하여 보면 全前置胎盤과 部分前置胎盤에 있어서는 100% 腹式分

(표 8) Method of Delivery

分娩 方法	Total	Partial	Low	Total
Vaginal delivery (Normal-delivery)	0	0	1	1
Abdominal-delivery (Cesarean-section)	11	9	2	22

娩을 하였고 下方附着胎盤에서는 腔式分娩이 33.33%, 腹式分娩 66.67%이었다.

(9) 前置胎盤과 胎位

23例中 正常頭位 先進部位가 18例로써 78.3%이었으며 非正常 先進部位가 5例로써 21.7%였는데 그중 3例 (13.04%)가 橫位이고 (Transverse Presentation), 2例 (8.7%)는 臀位 (Breech presentation)이었다. Eastman³⁾의 統計에 의하면 正常分娩의 경우 正常頭位 先進部가 95%이고, 橫位 0.5%, 臀位 3.5%인데 비하여 前置胎盤의 경우 正常頭位 先進部 70%, 橫位 9%, 臀位 16%로 報告하였다. Greenhill⁷⁾의 報告에 의하면 前置胎盤의 경우 胎兒의 畸形이 자주 초래된다고 하였으며 一般의 前置胎盤에 있어서는 非正常胎位가 많이 나타난 것으로 알려져 있는데 筆者의 경우도 이에 附合한다.

(10) 周産期 死亡 (Perinatal death)

周産期死亡의 대상은 分娩時와 出産後 一週日間의 死亡者를 調査한 結果 23例中 6例 (24.8%)로써 아주 높은 死亡率을 나타냈다. Pedowitz²⁾가 報告한 12.4%와 Kimbrough⁸⁾의 11.1%, Eastman¹⁾의 15~20%의 報告보다 높았고 張¹²⁾ 등의 報告에 의한 30.11%보다 는 낮았다. 특기할만한 점은 全例가 子宮內 死亡으로써 早産兒들의 死亡이었다.

(11) 母體死亡

前置胎盤 23例中 母體死亡은 1例도 없었다. Eastman³⁾의 報告에는 1000:1로 나타났다.

(12) 輸 血

표 9와 같이 平均 輸血量은 1.7 pint였으며, 그중 1例는 腔式分娩으로 輸血이 必要치 않았고, 심한 出血을 하여 Shock狀態에 빠져 來院한 例가 2例 있었는데 이에 소요된 最高輸血量은 5pint였다. 그의 9例는 1pint 르 무난히 健康을 回復할 수 있었고, 輸血을 하지 않고 4例는 帝王切開手術을 받고 무사히 健康을 되찾을 수 있었다.

(표 9)

Blood transfusion No. of cases	Pint
5	0
9	1
3	2
1	3
3	4
2	5
Total 23	40 Pint

(13) 産前診察 與否 및 産前看護

오늘날 産科 領域에서 重要視되고 있는 産前診察與否를 본 때에 筆者가 觀察한 23例에 있어서 적절한 産前管理를 받았던 例는 1例도 없었다. 一般的으로 産前看護는 妊娠에 대한 不安 恐怖感을 제거 시켜주고 妊娠中 영양, 일반위생 및 胎兒看護 등을 教育 指導함으로써 妊娠婦의 健康과 마음의 定安을 도모하고 妊娠에 併發하는 疾病과 重要 合併症 其他 胎位異常 등을 早期에 發見하고 豫防하므로써 産前 合併症을 減少시켜 安全分娩을 增加시키고 母와 胎兒의 死亡率을 減少시키고 産後健康과 親生兒의 最大限度의 健康을 保存함에 더욱 意義가 있다. 이에 대한 産前看護 回數는 每月 一回式 妊娠 第7個月까지 (28週) 받게 하고 그후부터는 每月 2回式, 마지막 달에는 每週 1回式 받도록 指導한다. 特히 妊娠婦에게 腦出血, 腔排泄物, 陰部疼痛, 顔面 또는 下肢浮腫, 頭痛, 視力障礙, 痙攣, 卒倒, 呼吸困難, 惡寒, 腹部, 疼痛, 胎動中止, 破水, 尿量減少와 尿道의 疾患 등의 症狀이 나타나면 즉시 醫師에게 報告하도록 자세히 指導 教育한다.

(14) 治療

前置胎盤 患者의 一般的인 治療는 1) 出血防止 2) 失血補充 新生兒의 安全한 出生 및 産後出血과 感染防止를 原則으로 한다. 出血防止 對策中 出血部位의 壓迫療法으로 胎盤이 剝離되어 出血하는 部位의 出血血管 등을 壓迫하여 止血시키는 療法으로 即 人工破水を 행하여 先進部의 下降 또는 骨盤內陷入을 促進하거나 Braxton-Hicks 內廻轉을 하여 胎兒의 下肢를 아래로 끌어당겨 大腿와 臀部의 下降을 試圖하며 剝離部位를

壓迫하거나 Willett 감자(Willett forceps)로 胎兒의 頭皮를 견인하는 方法을 시행하여 兒頭의 下降 및 骨盤內 進入을 促進하는 止血療法을 試圖한다. 그러나 最近에 와서는 이러한 方法은 使用되지 않고 있다. 患者는 絶對安定시키고 배에는 복대를 하여 腹壓을 禁하도록 하고 morphine(10~15 mgm 1/6~1/4gr)을 注射(分娩前)한다. 體溫, 脈搏, 呼吸, 血壓, 胎兒心音を 每 1/2 時間마다 측정하여 Shock症狀의 早期發見과 防止에 힘쓰며 大量의 出血이 있을 때는 Trendelenburg Position으로 높히고 保温에 유의한다. 陰部에서 나오는 出血量을 調査하고 感染의 防止를 위하여 消毒된 pad를 使用한다. 모든 看護 處置는 無菌의으로 行하여 感染性 合併症을 未然에 防止하며 內診時에는 반드시 二重準備(double set...分娩準備 또는 手術準備)를 하여 應急時에 대비한다. 대부분 下方附着胎盤인 경우에는 腔內에 強壓달폰을 하고 破水を 기다려 試圖分娩하며 完全前置胎盤과 部分前置胎盤의 경우는 보통 帝王切開術을 하고 失血의 補充으로 輸血療法을 併行한다.

(15) 看護

A) 分娩前 看護

i) 腔式分娩의 看護

ㄱ) 絶對安定

出血한 患者를 看護하는데 있어서 가장 基本的인 것은 患者의 心身을 絶對 安定시키며 不安과 恐怖를 除去시켜주고 에너지의 消耗을 防止하므로써 頸管開대가 잘 되도록 산모에게 認識시켜 協助하도록 指導한다.

ㄴ) 一般狀態 把握

體溫, 脈搏, 血壓를 繼續 觀察 把握하여 Shock症狀(血壓下降, 貧脈, 四肢의 冷却)과 感染의 症狀(體溫上昇 37°C 이상)과 胎兒心音의 變化(160/min以上, 120/min以下)時에는 즉시 醫師에게 報告하여야 한다.

ㄷ) 灌腸

分娩中에 感染의 防止와 産道を 넓히어 分娩의 進行을 促進시키는 目的으로 一般 産母들에게 행하여지는 灌腸은 前置胎盤의 경우 腔式分娩이나 腹式分娩의 경우에도 出血防止를 위하여 絶對 禁한다.

ㄴ) 外陰과 會陰의 消毒

産母를 仰臥位로 눕히고 陰毛를 削毛한 다음 비누 Sponge와 消毒液으로 外陰을 洗滌한다. 消毒 方法은 內部에서 外部로 上下面 周圍를 넓게 消毒한후 肛門 附近을 닦는다.

ㄷ) 呼吸 指導

“힘주는 법”을 指導하여 올바르게 實踐하도록하여 胎兒의 娩出 및 會陰保護에 留意한다.

ii) 腹式分娩 看護

一般 腹式手術의 準備와 同一하나 分娩準備 즉 分娩 set(Delivery tray)와 消毒布를 잔 新生兒 寢臺나 부 産兒(Incubator) 寢臺 등을 準備하고 新生兒 蘇生術에 必要한 suction, oxygen, incubation에 必要한 諸般 準備도 제位置에 配定 되어야 한다. 大部分의 手術患者는 手術에 대한 恐怖와 胎兒에 대한 危險을 느끼고 있으므로 특히 看護의 要點인 精神 心理的 安定的 全人 看護가 要望된다.

B) 分娩後 看護

i) 分娩後 新生兒 看護

新生兒의 看護는 어느 時期를 不問하고 계속리 할 수 없으며 分娩後 첫 24時間의 看護는 대단히 重要하며 특히 迅速하고 正確한 看護가 要望된다.

ㄱ) 口腔 및 喉頭看護

出生後 新生兒의 位置는 上半身이 下半身보다 低位가 되도록 傾斜位置로 하여 新生兒가 分娩中 吸入된 不必要한 分泌物 또는 羊水 등이 氣管內에 들어간 것을 잘 排出하도록 Rubber bulb syringe나 기관 Catheter를 사용하여 粘液를 빨아내준다.

ㄴ) 臍帶結紮

新生兒의 臍帶를 통한 感染 豫防을 위하여 醫師나 看護員의 손에는 반드시 完至消毒된 고무장갑을 끼고 臍帶를 3~5cm 길이로 남겨두고 結紮한후 1次 結紮部位에서 1cm떨어져서 2次 結紮을 하는 것이 좋다. 臍帶 切斷部位에 消毒된 가제를 덮고 붕대를 가볍게 固定한다.

ㄷ) 新生兒 沐浴

沐浴은 身體를 자극할 뿐만 아니라 皮膚를 刺戟하여

血液循環을 좋게 하여 物質代謝를 促進하고 發育을 증대 한다. 分娩 直後 沐浴은 Olive Oil로 血液이나 羊水 등을 닦아주며 물도 씻을 때는 연한 비누로 씻어주고 胎脂는 벗기지 않아도 自然히 吸收된다. 특히 留意할 점은 臍帶感染, 皮膚炭疽, 發熱 등이며 未熟兒의 경우에는 絶對로 水浴은 시키지 않는다.

ㄷ) 新生兒의 點眼

胎兒 娩出後 30分 以內에 보통 新生兒의 沐浴後 點眼을 시행한다. 點眼方法은 “Crede”氏 點眼法 즉 1~2% 초산은수 한 방울을 結膜 위에 떨어뜨린후 生理食鹽水로 中和시키는 方法과 Penicillin點眼法으로 Penicillin眼軟行을 양쪽 下眼脛에 넣어줌으로써 眼炎을 豫防한다.

ii) 未熟兒의 看護

未熟兒의 看護에 있어서 3가지 重要事項은 1) 體溫調節, 2) 感染豫防, 3) 水分 및 營養供給이다. 未熟兒는 母에 비하여 體表面積이 크고 體溫調節이 未熟함으로서 外界의 影響을 많이 받게 된다. 따라서 자주 體溫을 재보면서 溫度와 濕度를 調節해준다. 未熟兒를 生存시키는 가장 理想的인 方法은 保育器 속에 넣어 두는 방법이다. 保育內의 溫度는 계속 32~32.2°C로 維持하고 體溫은 35.5~36.5°C로 安定시키며 未熟兒의 室內溫度는 25~32.2°C(77~90°F)를 維持하고 濕度는 55~65%로 維持함이 가장 이상적이다. 呼吸困難, 氣道感染, 帝王切開術을 하여 出生한 未熟兒는 더 높은 濕度를 추도록 한다. 未熟兒를 取扱할 때는 醫師나 看護員은 반드시 손을 씻고 가운을 입고 마스크를 쓰고 取扱하므로써 感染 豫防을 할 수 있고, 未熟兒의 營養供給은 적어도 24時間은 지나서 시작하고 아주 작은 未熟兒는 48時間이 지나서 시작한다. 처음엔 消化되기 쉬운 포도당수가 우유보다는 좋으며 未熟兒는 빠른 힘이 不足하므로 母乳를 짜서 消毒된 哺乳瓶에 넣어서 營養供給을 하거나 人工營養(gavage feeding)을 한다. 되도록 高蛋白과 低脂肪 및 적당량의 炭水化合物의 供給이 必要하다.

iii) 分娩後 産母 및 手術後 看護

手術後 看護는 一般 腹部 手術患者 看護를 적용하며

産後看護과 같이 해줄을 염두에 두어야겠다.

가) 安定과 保溫

分娩後 産母로 하여금 下肢를 平安히 弛고 絶對安定을 시켜 産後 細菌感染을 防止하기 위하여 모든 産道의 消毒을 嚴重히 하며 外陰 消毒을 産後 産褥과 Pad를 주어 清潔을 도모하고 담요를 덮어주어 保溫에 留意한다. 子宮 腹筋作用을 돕기 위하여 離床을 적절히 하며 너무 오래 安靜하므로써 産褥子宮後屈이 오기 쉽고 너무 일찍 일어나면 貧血이나 子宮脫 등의 念慮가 있으므로 分娩後의 安靜은 分娩의 經過와 그후의 一般狀態에 따라서 생각할 것이다.

나) 惡露 및 出血의 觀察

每日每日의 惡露 색깔, 量, 냄새 등을 觀察하고 Pad에 들어 나오는 胎盤 조각이나 卵膜 조각등을 잘 觀察한다. 萬一 産後出血이 500CC以上인 경우와 惡露에서 惡臭가 나 子宮內膜炎을 疑心할 경우와 弛緩出血(子宮內·外出血)을 일으키는 경우 즉시 醫師에게 報告한다.

다) 貧血 觀察

分娩時나 分娩前後 出血이 많은 前置胎盤의 경우 輸血을 하지 않고 分娩한 경우 頭痛, 疲勞感, 耳鳴, 不眠 등으로 皮로움을 받고 急性貧血을 일으키기 쉬우니 血色이 나쁘거나 非正常的인 症狀이 同伴들에게는 곧 醫師에게 連絡하여 必要한 處置를 받도록 한다.

예) Vital Sign 觀察

産式分娩을 했을 경우는 하루에 3회, 産式分娩을 했을 경우 麻酔에서 깨어난후 4時間 間隔으로 vital sign을 측정한다. 産後 第3, 4日경에 突然한 惡寒과 38°C以上の 高熱이 있고 脈搏이 빠르고 弱하며 頭痛, 惡心嘔吐, 腹部膨滿, 精神混濁, 嘔소리 등을 하면 産褥期, 感染을 疑心하여야 하며 前置胎盤의 경우 産褥熱을 隨伴하는 경우가 많으니 이에 對한 治療와 看護가 적절히 考案된다.

로) 排便 및 排尿

産母는 便秘의 경향이 많으며 大量의 小便이 차있어도 苦痛을 느끼지 않는 고도 子宮收縮不全, 膀胱炎, 子宮位置異常(子宮後屈)등이 오기 쉬우므로 3~4日까

지 排便하지 않으면 洗腸을 해주고 分娩 6時間後에 自然排尿하도록 한다. 10時間이 지나도 排尿管 不通하면 消毒에 注意하여 導尿(Catheterization)를 하여 준다.

비) Breast 看護

乳房看護에 있어서 乳房을 清潔히 함이 가장 적절한 看護이다. 乳頭는 授乳前에 비누물과 溫水로 깨끗이 씻은 다음 授乳前後에 乳頭를 2% 硼酸水 혹은 消毒한 물로 닦아낸다. 陷沒된 乳頭는 잠아 끌어내도록하며 乳頭帽(nipple shield)를 使用한다. 乳汁이 많이 차았을 경우 搾乳器를 使用하거나 더운 精질을 한후 massage를 하고 물시 괴로울 때는 米糞을 한다. 되도록 乳汁을 짜내어 乳房을 완전히 비게 함으로서 乳汁 分泌作用을 더욱 促進시킴을 알며주고 젖을 짜는 方法을 産母에게 指導하며 특히 初産婦에게는 具體的으로 指導한다. 乳頭に 齒裂傷이 생겨 疼痛이 심할 때는 Penicillin 軟膏 또는 벤조인 틱트제(Tincture of Benzoin)를 바르고 24時間 以上 哺乳를 禁한다. 胎兒가 死亡한 경우 分娩 直後에는 冷覆(냉암)法을 行하며, 水分의 制限과 Stilbesterol 劑를 投與하여 乳汁分泌作用을 抑制하고 平坦한 乳房帶를 착용한다. 授乳는 人工營養兒에 비하여 死亡率과 疾病에 걸리는 率이 낮고 營養價가 높은 反面 消化 吸收가 잘 되며 母子關係에 있어서 情緒的인 安定과 滿足感을 주어 愛情을 굳게 하고 産母에게는 子宮復舊에 대한 影響이 크므로 특히 勸奨해야 겠다.

시) 産後看護

産後 6週頃에 産後診察을 받도록하여 血壓, 尿檢査, 乳房, 腹部 其他 骨盤의 診察을 자세히 하여 産後回復을 確認하도록 한다. 授乳期間中에는 高熱食餌를 攝取하여 乳汁分泌에 힘쓰며 新生兒의 沐浴法, 授乳法, 個人衛生 豫防接腫法까지 說明해 준다. 帝王切開術을 받은 産母에게는 적어도 2年間 妊娠을 피하도록 주의 시키며 避妊法까지도 적합한 지시와 지도를 해야 겠다. 新生兒가 死亡한 경우의 産母에게는 精神心理的인 安慰를 위한 全人看護가 極히 要된다.

III. 結 論

1969年 1月 1일부터 1972年 12月 31일까지 4年 동안 道立全州病院 産婦人科에 入院 分娩한 총 2114例中 前置胎盤患者 23例를 研究 觀察하여 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 前置胎盤의 發生 頻度는 1.09% (92:1)로서 현저하게 높은 値를 보였다. 이中 Total Placenta Previa가 44.8%로 가장 많았다.
2. 前置胎盤은 初産婦보다 經産婦에서 (69.57%) 높았으며 分娩回數가 많아질수록 그 發生頻度가 上昇함을 볼 수 있었으며 3回以上 經産婦에서는 初産에 비해 3倍以上 높았다.
3. 前置胎盤 患者中 2/3以上(16例)에서 流産의 經歷이 있었다.
4. 妊娠週別로 보아 前置胎盤은 37週에서 症狀을 나타내는 例가 가장 많았다.
5. 前置胎盤의 半数 以上(60.83%)이 子宮出血 發生後에도 적절한 處置를 받지 아니하고 痛症이 나타난後 늦게 病院을 방문한 것은 産前診察時 事前 지도 教育에 주의를 요한 점이라고 본다.
6. 妊娠症狀은 併發한 例는 4.35% (1例)로서 낮았다.
7. 腔式分娩은 4.35% (1例)에 불과했다.
8. 非正常胎位가 21.7% (5例)로서 前置胎盤의 경우 非正常胎位가 많다는 一般的인 見解와 附合되었다.
9. 周産期死亡은 24.8%로서 아주 높은 率이었고 全例가 子宮內死亡이며 早産兒死亡이었다.
10. 産母 死亡은 전혀 없었다.
11. 前置胎盤 患者中 産前看護院' 받은 자는 1例도 없었다.

참 고 문 헌

1) Eastman and Hellman: Obstetric. Appetton Century Crofts, Inc. New York. 13th Ed 616—

625, 1966.

- 2) Pedowitz, Paul: Placenta Previa. Am. J. of Obst. & Gyne. 104; 2, 1969.
- 3) Eastman. William's Obstetrics Louisam, Hellman, Jack A, Pritchard, 14th. 1971. A.c.c. New York.
- 4) Text Book of Obstetrics and Obsterics Nursing Book Miller and Bowen (15th Edition)
- 5) Mosby Obstetrics and Gynecology. Willson. Beecham Carrington (third Ed).
- 6) Synopsis of Obstetrics Charles. E. Mele N An (Sixth Ed)
- 7) Greenhill, Obstetrics 12th Edition, W.B.Saunders Co, Philadelphia & London, 1961.
- 8) Kimbrough, R. A.: Antepartum hemorrhage. A revial of 383 cases of abruptio placenta and 160 cases of placenta previa treated during the years 1944 to 1957. Am. J. Obstet Gynecol. 78: 1161, 1959
- 9) 宋尙煥: 産婦人科患者의 統計的 觀察. 大韓産婦人科學會誌 6: 63, 1963.
- 10) 朴靜姬: 妊娠中毒症에 關하여. 대한의학잡지 1: 455, 1968.
- 11) 郭顯模: 分娩室에서 의 新生兒 및 未熟兒 取扱의 要領. 대한 의학잡지 Vol. 11, No.9(통권제 105호) 1968.
- 12) 張丙水, 許潤, 李鎭虎, 李厚澤, 宋尙煥: 末期 妊娠 出血의 臨床的 考察. 大韓産婦人科學會誌 Vol. 14 No.10, 1971
- 13) 姜信明, 李一俊, 李敬子, 金秀文: Placenta Previa에 關하여. 대한 의학잡지 Vol. 13, No. 8 1970.
- 14) 洪彰義: 未熟兒의 看護. 대한 의학잡지 Vol. 6, No. 2, 1963
- 15) 崔貞子, 朴萬龍: 産科 및 婦人科 看護學(Obstetric and Gynecologic Nursing) 수문사 1970
- 16) 하영수: Text Book of Maternal and Child Nursing 1972
- 17) 金貞善: 産婦人科 看護學, 수문사. 1961
- 18) 김옥실: 保健看護學, 수문사. 1972
- 19) 金錫煥: 助産學. 一潮閣
- 20) 朴信娃: 産前管理와 未熟兒에 對한 觀察, 公衆保健雜誌 Vol. 7, No. 1, 1970
- 21) 許재영: 정상분만의 처치와 산욕처치. 대한간호 Vol. 4, No. 2, 통권 16호. 1965

—Abstract—

A Clinical Observation for Placenta Previa

Lee Sung Ja

Jeonju Nursing School

As a result of clinical observation of 23 Placenta Previa cases out of the total 2114 cases admitted for department of Obst. and Gyne. of the Jeonju Provincial Hospital during the four years from January 1, 1969 to December 31, 1972. the following conclusion have been drawn.

1. Our incidence of placenta previa was found to be remarkably high, amounting to 1.09% (92 : 1), and out of this, total placenta previa occupied the highest ratio of 44.8%.
2. Placenta previa has occurred more often in multigravidas (69.57%) than those of primigravidas. It was found that the incidence went up as the numer of delivery experiences gose up :the ratio among the women of more than para 3 experiences was 3 times as high as that among those of primigravidas.
3. More than two thirds of the placenta previa cases were found to have experienced abortion(16cases)-
4. From the point of weeks of pregnancy, the symptoms of placenta previa most frequently appeared in he 37th week of pregnancy.
5. More than half (60.83%) of the placenta previa had delayed admission untill labor pain occur following vaginal bleeding has first time been noticed. More instruction prenatal education's is emphasized.
6. Cases with a complication of toxemia of 4.35% (one case).
7. Vaginal delivery was only 4.35% (one case)
8. 21.7% of abnormal positions of fetus agreed with the general view that abnormal fetus frequently occurs in case of placenta previa.
9. The death rate in perinatal arose high to 24.8%, and all the cases were found to be dead in the uterus and to be premature birth cases.
10. No maternal deaths were found.
11. Out of the placenta previa cases, not a single case was found to have taken pre-natal care.

定期申告 3회 이상 未畢者
免 許 취 소

醫癡人이 정기신고를 3회 이상 未畢할 경우 그 免許가 취소된다. 이같은 免許取消의 요건은 改正 醫癡法 제52조 제1항3호에 규정 되어 있는데 현행법(제19조)에는 免許의 취소요건으로 ①의료관계 법령을 위반하여 금고이상의 刑을 받았을때 ②전조(18조 결격사유) 각호의1에 해당하게 되었을 때로 규정되어 있다.

그런데 改正法 제52조제1항 免

許취소要件에 따르면 ①제8조(결격사유) 제1항 1호 내지 4호의 1에 해당하게 될때 ②금고이상의 刑을 받은때 이외에 ③제53조(자격정지)의 규정에 의한 자격정지 처분 기간중에 의료행위를 하거나 3회이상 자격정지처분을 받은 때 ④제11조(免許의 조건) 제1항의 규정에 의한 면허의 조건을 이행하지 아니한 때 ⑤免許證을 대여한때로 대폭 확대하고 있는

것이다.

이에따라 醫癡人이 정기신고를 계속해서 3회 이상 未畢하면 그 免許가 취소케 되었으며 免許證을 타인에게 대여하거나 2년이내 보사부장관이 지정하는 특정지역 또는 특정업무에 종사하도록 한 免許의 조건을 이행하지 않은 경우도 역시 그 免許를 취소할 수 있게 되었다.