



子癇症患者에 對한 觀察

全州看護學校 <李 鈺 淑>

I. 緒 論

妊娠中毒症은 出血 感染症과 더불어 母性 死亡率의 三大 要素이며 手術, 手技, 藥劑, 輸血 및 輸液 등이 발달한 현재에도 (Disease of the-ories) 라고 불리어지고 있으며 Uterine ischemia theory를 비롯하여 많은 학설이 있으나 아직 원인은 불명이며 따라서 確정된 治療方法이 강구되어 있지 않기 때문에 이를 豫防하는데 주력하여야 할 것이며 일단 발생하면 經驗과 對症療法에 의존하여야 할 오늘날 産科 領域에 있어서 앞으로 계속 추구되어야 할 중요한 과제이다.

妊娠中毒症은 妊婦 産婦 또는 褥婦에 특유한 疾患으로 高血壓 蛋白尿와 浮腫, 때로는 痙攣과 昏睡를 특징으로 하고 있으며 痙攣과 昏睡狀態를 合併하였을 때를 子癇症이라고 하는데 이는 母兒에 중독한 결과를 초래하는 경우가 많으므로 특히 子癇症을 豫防하고 治療하는데 産科的 意義가 있다. 따라서 필자는 子癇症 患者에 대하여 관찰한 결과를 보고하는 바이다.

II. 觀察 對象 및 結果

1967년 3월 3일부터 1969년 2월 28일까지 만 2년간 전라북도 전주시 도립 전주병원 産室에서 入院 分娩한 者 1,125例中 發病한 10例의 子癇症 患者를 對象으로 하였으며 觀察한 상황을 각

症例에 따라 기술하면 다음과 같다.

症例 1

患者; 나○자 28세

妊娠歷; 1回, 分娩歷 1회이고 정상이었고 교 육정도 국졸이며 시외에 거주

既往歷; 産前 診察 받은 일 없음

現病歷; 妊娠 30주부터 전신에 浮腫이 생겼으나 큰 불편을 느끼지 않고 있다가 제34주에 浮腫이 심하여지고 頭痛을 호소하다가 痙攣發作을 2回 일으켰다.

入院時 所見 및 經過; 의식은 불명이었고 血壓은 160/110이었고 脈搏은 1분동안에 104이고 體溫은 37°C 呼吸數는 1분에 22이었다. 全身에 浮腫과 尿에 蛋白이 (卅)이었다. 入院 직후부터 Magnesium Sulfate 鎮靜劑 血壓下降劑 및 利尿劑를 투여하여 그 후 發作은 없었다. 入院 제4일에 患者는 경쾌한 기분이었는데 血壓은 150/100 尿에 蛋白이 (卅)인 상태에 分娩誘導를 원하였으나 본인이 거절하고 退院하였다. 그러나 妊娠 39주에 陣痛이 시작하여 다시 入院하였다. 再入院時 소견은 血壓이 160/110이었고 脈搏은 1분에 90이고 체온은 37.2°C 이고 蛋白尿는 (卅)이었는데 3.2kg 되는 女兒를 정상 分娩하고 무사히 퇴원하였다.

症例 2

患者; 이○자 24세

妊娠歴 ; 0, 교육정도 국졸이며 시외에 거주
既往歴 ; 특기사항 없음

現病歴 ; 妊娠 40주에 陣痛이 시작되어서 점차 심하여짐에도 불구하고 分娩은 이루어지지 않고 3일 후에는 續發性 微弱陣痛과 脫氣를 호소하며 入院하였다.

入院時 所見 및 經過 ; 의식은 명료하나 불안해하는 표정이었으며 血壓은 170/110이고 脈搏은 1분에 100이었고 體溫은 37.6°C 이었고 呼吸數는 1분에 18이고 全身에 浮腫이 있었는데 안면에 더 현저하였고, 蛋白尿는 (卅)이었다. 이로써 「前子癱症」으로 진단하였다. 胎兒의 先進部位는 兒頭이나 골반강내에 진입되지 않았고 胎兒心音은 좌측 하복부에서 명료히 청취할 수 있었다. 경관은 완전 개대되었고 胎胞는 觸指할 수 없어서 兒頭 骨盤 불균형의 의심을 갖게 되었다. Pitocin 정맥 점적 주사로 진통 증감은 있었으나 分娩이 진행되지 않아서 4시간후에 兒頭 骨盤 불균형이라는 진단하에 帝王切開手術을 시행하여 3.6kg 되는 건강한 남아를 娩出시키고 手術을 무사히 끝마쳤다. 手術後 3시간에 갑자기 痙攣을 일으킨후 昏睡상태에 들어갔다가 자성하는듯 하더니 다시 2차의 發作을 일으켰다. 이때의 血壓은 220/110이고 產褥子癱症으로 진단하고 Magnesium Sulfate 와 利尿劑 및 血壓下降劑와 鎮靜劑를 투여하여 그 이후에는 발작을 일으키지 않았으며 手術 제10일에는 合併症 없이 건강한 상태로 退院하였다.

症例 3

患者 ; 이○지 23세

妊娠歴 ; 0, 교육정도 국졸이며 시외에 거주
既往歴 ; 특기사항 없음

現病歴 ; 妊娠 40주에 陣痛이 시작하고 20시간 후에 破水되고 腹壓이 있는지 8시간이 경과하여도 胎兒가 娩出되지 않다가 갑자기 경련 발작이

있은후 혼수상태에 빠졌다. 이런 발작이 5회 있는 후 入院하였다.

入院時 所見 및 經過 ; 昏睡상태에 있었고 血壓은 180/120 脈搏은 1분에 106이고 體溫은 38°C 이고 呼吸數는 1분에 30이고 전신에 浮腫이 있었고 蛋白質 (卅)이었다. 脫兒의 先進部位는 兒頭이었고 Station+2이었는데 胎兒心音은 청취할 수 없었다. 入院후 또 1회의 痙攣發作이 있었으며 Magnesium Sulfate 鎮靜劑 血壓下降劑 및 利尿劑를 투여하고 진공흡인기를 이용하여 胎兒를 娩出시켰으나 胎兒는 이미 심장의 박동과 呼吸이 없었다. 그후 발작은 없었으며 入院 제3일에 퇴원하였는데 그때의 所見은 血壓 150/110 尿蛋白 (+)이었다.

症例 4

患者 ; 정○선 24세

妊娠歴 ; 0, 교육정도 고졸이며 시내에 거주하였다.

既往歴 ; 특기사항 없음

現病歴 ; 妊娠 제41주에 陣痛이 시작하여 入院하였다.

入院時 所見 및 經過 ; 의식은 명료하였고 血壓은 180/100이고 脈搏은 1분에 90이고 呼吸數는 1분에 20이었고 蛋白尿 (+)이었다. 全身에 浮腫은 현저하지 않았으나 약간 있었고 胎兒의 先進部位는 兒頭로 骨盤腔內에 進入되었었다. 胎兒心音은 좌측 하복부에서 명료히 청취할 수 있었으며 陣痛持續은 50초 그 간격은 4분이며 내진 所見으로 경부는 소실 4cm 闊大 Station 0로서 정상 分娩과정을 밟는 것으로 간주되었다. 入院 8시간후에 경관이 완전개대되고 暫時後에 破水가 되었으며 복압이 증가되었다. 그 2시간 후에 兒頭는 Station+3로 下降하였는데 갑자기 심한 頭痛을 호소함과 同時에 경련이 일어나고 혼수상태에 빠졌다가 다시 2차의 발작이 일어났

었다. 곧 Magnesium Sulfate 와 鎮痛劑를 투여하고 眞空吸引器를 이용하여 分娩을 介助하여 체중 3.4kg 되는 건강한 女兒를 娩出시켰다. 그 후 처치는 保存的으로 하였으며 제4일에 별이상 없이 무사히 退院하였다.

症例 5

患者; 정○숙 33세

妊娠歴; 5회 分娩歴; 3회 自然流産 2회, 교육 정도 고졸이며 시내에 거주

既往歴; 과거 妊娠 또는 分娩中에 별이상 없이 정상이었다고 함.

現病歴; 妊娠 30주부터 浮腫이 생기고 頭痛이 있었는데 제32주에 그 症狀이 더 심하여 入院하였다. 그때의 所見은 血壓이 190/120 蛋白尿는 (卅)이며, 심한 全身 浮腫이 있었고 胎位와 胎兒心音은 정상이었다. 심한 妊娠中毒症 子癲前症으로 간주하고 入院 治療를 권하였으나 본인이 거절하고 귀가하였다. 그 후 尿量은 더 감소하고 浮腫은 더 심하여졌으며 頭痛이 더 심하여지고 6일 후부터는 시력이 감퇴하기 시작하여 9일후에는 앞을 거의 볼 수 없을 정도로 시력장애가 심하였는데 그 다음날 심한 頭痛을 호소하고 痙攣 發作이 일어나고 昏睡狀態에 빠졌는데 이런 發作이 3회 있는 후 入院하였다.

入院時 所見 및 經過; 昏睡상태에 빠져 있었으며 血壓이 200/130이고 맥박이 1분에 110이며 호흡수는 1분에 26이었다. 심한 全身에 浮腫이 있었고 尿蛋白은 (卅)이었다. 胎兒의 先進部位는 兒頭이었고 胎兒心音은 우측 하복부에서 명료히 청취할 수 있었다. 入院後 Magnesium Sulfate 鎮靜劑 血壓下降劑 및 利尿劑를 투여하였으나 發作이 또 1회 있었으며 그 이후에는 일어나지 않았다. 그때의 眼底 소견은 망막의 浮腫과 剝離가 있었다.

發作이 억제된지 24시간 후에 分娩을 유도하

기 위하여 Bougie 를 삽입하다가 破水되어버렸기 때문에 Pitocin 靜脈 注射으로 分娩 유도가 성취되어 體重 1.8kg 되는 男아를 娩出시켰으나 胎兒는 8시간 후에 사망하였다. 入院 제9일에는 退院하였는데 그때의 소견은 血壓이 160/100이고 尿蛋白은 (卅)이며 가벼운 浮腫과 호전된 시력 등 회복 되어가는 과정이었다.

症例 6

患者; 박○실 22세

妊娠歴; 0, 교육정도 국졸이며 시외 거주

既往歴; 특기사항 없음

現病歴; 妊娠 39주에 痙攣과 昏睡를 4회 거듭하여 入院하였다.

入院時 所見 및 經過; 昏睡상태로 入院하였고 血壓이 240/120이고 脈搏은 1분에 120이었다. 呼吸數는 1분에 24이었고 체온은 36.8°C이고 약간의 全身 浮腫이 있었고 尿蛋白은 (+)이었다. 胎兒의 先進部位는 兒頭로 骨盤腔內에 진입되지 않았으며, 胎兒心音은 좌측 하복부에서 명료히 청취할 수 있었다. 內診 所見으로는 경부는 다소 소실되었으나 경관은 폐쇄되어 있었다. 밤을 어둡게 하고 Magnesium Sulfate 鎮靜劑 血壓下降劑 및 利尿劑를 투여한 후 發作이 없었기 때문에 그 24시간후에 Pitocin 정맥 注射으로 분만유도를 시도하였으나 실패하여 帝王切開術을 시행하고 體重 3.1kg 되는 여아를 娩出시켰으며 入院 제10일에 별이상 없이 退院하였다.

症例 7

患者; 김○숙 34세

妊娠歴; 2회 分娩歴 2회, 교육정도 국졸이며 시외 거주

既往歴; 과거 妊娠 또 分娩中에 별 이상 없이 정상이었다고 함.

現病歴; 妊娠 40주에 진동이 시작되었는데 2시간 정도 있다가 심한 頭痛을 호소하면서 痙攣

發作을 일으켰는데 3회를 거듭하고 昏睡상태로 入院하였다.

入院時 所見 및 經過; 의식불명이며 血壓은 180/120이며 脈搏은 1분에 116이었고 호흡수는 1분에 28이었고 체온은 37.4°C이며 심한 全身浮腫과 尿蛋白은 (卅)이었다. 胎兒의 先進部位는 兒頭로 骨盤腔內에 진입되어있었고 胎兒心音은 우측 하복부에서 명료히 정취할 수 있었으며 경관은 완전 開大되어 있었다. 入院後 1회의 痙攣發作이 있었는데 Magnesium Sulfate 鎮靜劑 血壓下降劑를 투여하고 破水를 시킨후 吸引娩出器를 이용하여 體重 3.4kg 되는 男아를 娩出시키고 利尿劑 및 血壓下降劑를 투여하였으며 入院 제4일에 退院하였는데 그때의 소견은 血壓이 140/90이고 尿蛋白은 (卅)이었다.

症例 8

患者; 김○순 25세

妊娠歴; 0, 교육정도 중졸이며, 시외 거주하였다.

既往歴; 특기사항 없음

現病歴; 妊娠 39주에 심한 浮腫과 頭痛을 호소하며 外來患者로 來院하였다. 그때의 所見은 血壓이 190/130이며 脈搏은 1분에 100이며 尿蛋白은 (卅)로 심한 子癩前症이라는 診斷下에 入院 治療를 원하였으나 거절하고 귀가하였다. 6일 후에 5회의 痙攣發作이 있는 후 昏睡상태로 入院하였다.

入院時 所見 및 經過; 昏睡상태로 入院하였고 血壓은 200/130이고 脈搏은 1분에 120이었고 호흡수는 1분에 30이었고 체온은 37.2°C이며 전신에 심한 浮腫이 있었고 尿蛋白은 (卅)이었고 胎兒의 先進部位는 兒頭로 骨盤腔內에 진입되지 않았고 胎兒心音은 좌측 하복부에서 명료히 정취할 수 있었다.

入院후 Magnesium Sulfate 와 鎮靜劑 利尿劑

및 血壓下降劑를 투여하고 자극을 가하지 않았고 어두운 방에 入院시켰으나 入院 24시간 사이에 6회의 痙攣發作을 일으켰고, 24시간 尿量은 800ml 이었다. 그후 12시간 發作이 없고 尿量이 증가하여서 帝王切開術을 시행하고 體重 3.2kg 되는 건강한 男아를 娩出시켰다. 그후 경과는 양호하였으며 入院 제12일에 退院하였는데 그때의 所見은 血壓은 130/80이고 尿蛋白은 (+)이었다.

症例 9

患者; 함○순 30세

妊娠歴; 1회, 分娩歴 1회, 교육정도 국졸이며 시외에 거주하였다.

既往歴; 특기사항 없음.

現病歴; 妊娠 후반기에 심한 浮腫이 있었는데 妊娠 40주에 陣痛이 시작되어 가정에서 分娩하였다. 分娩 4시간 후에 頭痛을 호소하면서 痙攣發作을 일으키고 혼수상태에 빠졌다가 다시 발작을 5회 거듭하여 入院하였다.

入院時 所見 및 經過; 昏睡상태에 빠져 있었으며 血壓은 200/100이고 脈搏은 1분에 130이었고 호흡수는 1분에 44이었다. 體溫은 38°C이고 尿蛋白은 (卅)이었고 전신에 심한 浮腫이 있었고 肺水腫 症狀이 있었다. 어두운 방에 入院시키고 산소를 공급하면서 Magnesium sulfate 鎮靜劑 利尿劑 및 血壓下降劑 強心劑 등을 투여하였으나 昏睡상태에서 다시 痙攣을 일으켰다. 入院 12시간에 배출된 尿量은 250ml 이었는데 15시간 후 부터는 尿量이 증가하기 시작하고 호흡수도 1분에 30회로 감소하면서 길어지고 의식도 회복되었다. 그 후 경과는 호전되었으며 入院 제 8일에는 다소의 浮腫과 血壓은 140/90이고 尿蛋白은 (卅)로 退院하였다.

症例 10

患者; 김○순 24세

妊娠歴 ; 0, 교육정도 국졸이며 시내 거주하였다.

既往歴 ; 특기사항 없음.

現病歴 ; 妊娠 30주부터 전신에 浮腫이 발생하기 시작하여 제32주에는 심하게 되고 33주에는 심한 頭痛과 시력장애가 있어 入院하였다.

入院時 所見 및 經過 ; 전신에 浮腫이 심하고 시력장애는 전방 2m에 있는 사람도 분별할 수 없는 정도이었으며 血壓은 210/130이고 脈搏은 1분에 106이었고 體溫은 36.8°C이고 尿蛋白은 (卅)이었고 胎兒의 先進部位는 兒頭로서 浮動하고 있었으며 胎兒心音은 좌측 하복부에서 청취할 수 있었다. 심한 子癇前症이라는 診斷下에 Magnesium sulfate와 利尿劑 및 血壓下降劑를 투여하고 早産시킬 목적으로 子宮경부가 유연했고 부분적 子宮경부 소실된 상태에 있어서 membrane rupture로써 유도분만 시행후 30시간 후에 體重 1.7kg되는 胎兒가 娩出되었으나 死産이었다. 그 2시간 후부터 갑자기 痙攣發作과 昏暈상태가 일어났는데 약제를 투여함에도 24시간 동안에 8회의 發作이 일어났으며 尿量은 500ml이었다. 그후 경과가 서서히 좋아져서 入院 제10일에 血壓 150/90이고 尿蛋白은 (卍)이고 다소 호전된 시력으로 退院하였다.

III. 考按 및 總括

産科 領域에 있어서의 가장 중요한 産母 死亡의 가장 많은 三大疾患으로 妊娠中毒症, 出血性疾患, 感染性疾患을 들수 있으며 그중 出血性 및 感染性疾患은 輸血의 용이성과 항생제의 발전으로 좋은 치료 효과를 가져왔으나 妊娠中毒症은 아직도 그 發生率이 높고 妊娠 分娩 및 産褥을 통하여 빈발하여 妊娠婦 및 胎兒에게 중대한 장애를 끼치며 나아가서는 後遺症을 남기기도 한다. 妊娠中毒症의 發生 원인 및 본태에 대하여는

학설이 구구하여 아직도 분명치 않고 Eastman¹⁾은 말하기를 “妊娠中毒症은 아직 해결되지 않은 가장 중요한 산과적 문제의 하나”라고 하였다. 원인이 불명한 본 疾患에 대한 정의나 분류도 일정치 않으며 따라서 그 치료도 원인요법이 못되고 다만 대증적 요법의 영역을 벗어나지 못하고 있는 실정이며 産前管護(antenatal care)가 중요한 의의를 지니고 있다고 할 것이다.

1. 妊娠中毒症의 分類

현재 미국에서는 대개 American Committee of Maternal Welfare (1952)의 분류법에 의거하고 있으며 점차 각국에서도 이 분류법을 사용하는 곳이 많다고 한다.

즉 이 분류법에 따르면

I. 急性 妊娠中毒症

A) 子癇前症

1) 輕 症

2) 重 症

B) 子 癇

II. 妊娠中 慢性高血壓性 血管性疾患

A) 急性 中毒症이 없는 慢性高血壓性 血管性疾患

1) 高血壓症이 임신 개시 이전에 있는 것이 분명한 경우

2) 高血壓症이 임신 제24주 이전에 발생한 경우

B) 急性 妊娠中毒症을 수반한 慢性高血壓性 血管性疾患

III. 未分類性 妊娠中毒症

따위로 분류하고 이중 高血壓은 평상시 血壓보다 수축기혈압 30mm Hg 이상, 상승확장기혈압 15mm Hg 이상 상승시를, 또는 수축기혈압이 140mm Hg 이상, 확장기혈압이 90mm Hg 이상인 때를 그 기준으로 정하였다. 그리고 子癇前症은 妊娠 제24주 이후에 있어서 수축기 혈압 30mmHg

이상 확장기혈압 90mm Hg 이상이며 蛋白尿가 증가되는 경우를 그 기준으로 하였다. 子癩은 妊娠 分娩 또는 產褥의 婦人에게 高血壓, 浮腫, 蛋白尿와 痙攣과 昏睡(드물기는 昏睡만)를 發生한 경우를 그 범위로 하였다. 妊娠中 慢性高血壓血管性疾患의 진단은 妊娠 第24주 이전에 高血壓症을 나타내며 분만후까지 不定期하게 지속하는 경우를 그 범위로 하였다. 急性 妊娠中毒症을 동반한 慢性 高血壓性血管性疾患이라 함은 지속성인 慢性 高血壓性血管性 疾患에 급성 진행을 수반하는 경우를 그 범위로 하였다. 급성 진행이라 함은 수축기혈압 30mmHg 이상 확장기혈압 15mm Hg 이상 상승과 蛋白尿의 증가를 말한다. 未分類性 妊娠中毒症은 기록의 불분명 또는 기타 이유로 일정한 진단을 부칠 수가 없는 群들을 말한다. 그러나 子癩前症 輕症의 진단 기준의 하나로써 Eastman¹⁾과 Greenhill²⁾은 확장기혈압 90mm Hg 이상 또는 평상시 혈압보다 15mmHg 이상 상승시를 그범위로 한데 대하여 Levitt & Altchek³⁾은 평상시 혈압보다 20mmHg 이상 상승시를 그 범위로 하였고 Teuney & Dandrow⁴⁾는 子間前症의 血壓의 한계를 140/80 또는 그 이상으로 하였고 Vertin⁵⁾은 130/70을 정상혈압이라고 주장하고 있어 妊娠中毒症의 진단의 기준에 대하여 의견이 서로 다르고 妊娠中毒의 분류법도 각양각색이며 Lachmann¹²⁾은 原發性 임신중독증과 續發性 임신중독증으로 나누어 初妊婦에 오는 것을 원발성, 經産婦에 오는 것을 속발성이라고 하였다.

필자는 이번 연구에 있어서 역시 American Committee of Maternal Welfare의 분류법에 따라서 관찰 하였다.

子癩症은 原因, 病理解剖, 病理生理, 病理生化學의인 전지에서 볼 때에 子癩前症과 同一하나 臨床적으로 痙攣과 昏睡의 유무로 후자와 감

별하며 후자의 일부가 진행하여 전자가 되는데 이때에는 母兒의 预后가 甚重한 상태라는 것은 주지의 사실이다. 필자가 관찰한 子癩症患者 10例의 前例에서도 妊娠 後半期 分娩中 또는 產褥期에 高血壓 蛋白尿 浮腫등이 있었던 것으로 보아 痙攣 發作 이전에 子癩前症의 症狀이 있었던 것으로 생각된다.

[표 1] Eastman 과 Greenhill의 분류

	Eastman	Greenhill
Preeclampsia	58.6%	44.5%
Eclampsia	1.4%	2.2%
C.H.V.D.-toxemia	28.4%	52.2%
C.H.V.D.+toxemia	8.8%	1.1%
Unclassified	2.8%	

2. 子癩患者의 初妊婦와 經産婦의 比較

初妊婦 및 經産婦에서 子癩症은 子癩前症과 같이 初妊婦 및 經産婦에서 많이 발생하며 妊娠 末期에 감에 따라 그 빈도가 상승한다. 본 관찰에서도 표 2에서와 같이 初妊婦에서 60%를 차지하고 있는데 이는 Eastman¹⁾의 보고와 비슷한 성적이며 經産婦에 있어서 본증이 발생하는 것은 이전에 高血壓의 소인이 있거나 高血壓이 內在的으로 존재하고 있었다고 하는데 經産婦 4例中에 있어서 1例만이 高血壓이었다고 암시만 하였을 뿐 그외에는 하등의 既往症을 제시하지 안했으나 既往 妊娠時 혹은 非妊娠時에 본인들이 좀 더 관심을 두었다라면 그에 대한 소견을 얻었을 것으로 본다.

[표 2] 子癩患者의 初妊 經妊의 區別

발표자	구 별	
	初 妊 婦	經 産 婦
필 자	60%	40%
Eastman	60%	34%

3. 子癩症 發生 頻度와 妊娠週數

본 필자의 경우는 妊娠 31~32주에 3例, 33~38주에는 없었고 39~41주에 7例로서 子癩症 發

생시기에 따라 産前, 産中, 産後 子癇症으로 분류하는데 표 3에서와 같이 産前, 産中, 産後가 각각 4, 3, 3例로서 Eastman¹¹⁾의 보고와 비슷하나 Greenhill¹²⁾의 성적에 비하여 産後子癇症이 더 많은 %를 제시하고 있다. 그러나 필자가 관찰한 본증은 例數가 적어 통계적 의의를 찾기는 힘들 것으로 생각된다.

[표 3] 子癇症의 分類

발표자 \ 분류	産 前	産 中	産 後
필 자	40%	30%	30%
Eastman	50%	25%	25%
Greenhill	52%	35%	13%

특히 例 1은 妊娠 34주에 발작이 있었다가 치료후 발작의 再發 없이 妊娠 39주에 무사히 정상 분만한 例로 稀有한 intercurrent eclampsia의 一例로 생각된다.

처음 發作 시기를 入院 前後로 구별하여서 관찰하여 보면 표 4와 같다.

[표 4] 처음 發作의 入院 前後의 區別

구 별	入 院 前	入 院 後	合 計
예 수	7	3	10

표 4에서와 같이 이미 發作이 있어서 入院하였던 例數가 7例이고 入院後 처음 발작이 있었던 例數가 3例이었다. 入院 前に 發作이 있었던 7例中 入院 後에 2例만이 發作이 없었고 나머지 5例는 1~6회의 發作을 일으켰는데 이들은 治療 전이었거나 혹은 치료에 저항이 있었던 例들이 다.

바꾸어 말하면 일단 子癇症 發作이 일어나면 그것을 완전히 억제하기는 아직 확고한 방법이 없는 까닭에 오히려 본증 發生을 예방하는데 힘쓰고 있으며, 힘써야 할 것으로 생각된다.

本觀察 例에서 이미 發作이 있어서 入院한 7例中에서 症例 3, 5, 7, 8, 9에서는 이미 심한

子癇前症의 소견이 있었을때 적절한 治療를 하였더라면 상당한 例에서 本症 發生을 예방할 수 있지 않았을까 한다.

入院前에는 痙攣發作이 없었으나 入院後 發作이 있었던 症例 No. 2, 4, 10의 3例中 No. 4, 10, 2例는 심한 子癇前症의 소견이 있었고 나머지 (No. 2) 1例는 경증의 그것이 있었는데 前者는 더 조기에 치료를 하였더라면 子癇症의 發生을 예방할 수 있었을 것으로 믿으며, 後者는 경한 子癇前症에서도 子癇症으로 이행할 수 있다는 것을 의미하기 때문에 子癇前症의 소견이 있을 때에는 그 輕重을 막론하고 子癇症의 發生을 염두에 두어야겠다.

4. 産前診察 與否

오늘날 산과 영역에서 중요시되고 있는 産前診察여부를 본 때에 필자가 관찰한 10例 全例에 있어서 적절한 産前管理를 받았던 例는 1例도 없었는데 이는 적절한 치료를 하기에는 너무 늦어서 入院하였다는 것을 의미한다.

5. 教育程度와 居住地

교육程度와 거주지를 보면 표 5, 표 6에서와 같다. 표 5, 표 6에서와 같이 子癇症 患者는 教育程度가 낮고 시외 거주자에게 더 많이 發生하였다.

그러므로 아직도 우리나라엔 自家分娩이 많고 합병증이 발생하여야만 入院 分娩하는 경향이 많음을 의미하는 동시에 불충분한 産前管護가

[표 5] 子癇症 患者의 教育 程度

교육程度	初 級	中 級	高 級	大 學	합 계
예 수	7	1	2	0	10

[표 6] 子癇症 患者의 居住地

거 주 지	시 내	시 외
예 수	3	7

시행됨으로써 基因한다고 생각된다.

더우기 시의 거주자에게 많은 것은 환자의 사정이 여의치 못하여 産前管護를 받지 못한데 있었다고 본다. 또한 심한 子癇症 患者 例 全例는 시외거주자이었다. 이것은 本症이 사회 경제적 인 인자와 관련되었다고 간주할 수 있겠다.

6. 産前管理

Greenhill²⁾ Chesley³⁾ 및 小林⁴⁾ 등은 적절한 産前管理로 子癇前症患者의 有意한 감소를 볼 수는 없었으나 子癇症患者는 현저하게 감소하였다고 보고하였는데 이는 子癇症을 예방하는데 産前관리가 얼마나 중요한 것인가를 뜻하는 것이며 우리나라에서도 계몽을 하여 철저한 産前관리를 받도록 하여야 할 것으로 생각한다.

7. 子癇症 患者를 Eden's criteria⁶⁾에 의하여 輕重으로 구별하면 표7과 같다.

[표 7] 子癇症 患者의 輕重 區別

구 別	輕 症	重 症	合 計
예 數	7	3	10

표7에서와 같이 輕症 7例, 重症 3例이었다.

8. 母體死亡率

모체 사망률을 보면 본 관찰 例에서는 1例도 없었으나 Greenhill²⁾은 평균 7% (輕症 3%, 重症 35%), Kyank⁵⁾는 평균 5.3%를 보고하였다.

9. 胎兒 死亡率

태아 사망률을 볼 때에 본 관찰 例에서는 10例중 3例이었는데 1例는 조산, 1例는 조산으로서 死産, 1例는 천연분만으로 인한 사산이었으며 이는 Greenhill²⁾의 성적과 비슷하다.

10. 子癇症 豫防

子癇症의 예방은 먼저 子癇前症의 예방과 치료를 고려하여야 할 것이다. 子癇前症의 예방 방법으로 가장 중요한 것은 첫째로 일정하고 규칙적인 産前診察이다. 즉 임신 24주 전까지는 3주

마다 한번씩, 24주 부터는 2주마다 한번씩 산전 진찰을 받고 체중 혈압 단백뇨를 측정하여야 할 것이다. 혈압상승, 浮腫, 蛋白尿 등의 증상이 있을 때는 식염을 제한해야 한다. 그러나 이러한 예방 방법으로도 子癇前症 발생을 완전히 예방할 수는 없었다고 Greenhill²⁾는 말하였다. 다만 重症 子癇前症 또는 子癇症의 발생은 어느 정도 예방할 수 있다고 그는 말하였다. 즉 子癇前症의 輕症으로부터 子癇前症의 重症으로 진행하는 것은 자주 있으며 또 갑자기 일어난다. 그러니까 重症 子癇前症에 대하여 즉시 적절한 치료로 강구하지 않을 때에는 母體와 胎兒에 높은 사망률을 가져오는 子癇症이 속발하기 쉽다. 그러므로 子癇前症에 대한 치료의 중요한 목표는 痙攣과 昏甌의 發生을豫防하는데 있다. 그래서 환자가 産前管護를 받고져 애쓰고 의사의 권고를 따르기만 한다면 대개의 경우 子癇의 豫防은 가능한 것이다.

11. 一般看護

일반간호의 원칙으로는 주위의 자극을 피하기 위해서 킴킴한 목방이 좋고 완전히 쉴 수 있는 조용한 방을 택하며 침대는 따뜻하고 폭신한 요에 의상을 닦기 위하여 침대 주위에 높은 망 같은 것을 쳐서 떨어지는 것을 막는다. 계속해서 환자 상태를 지켜야하며 어떠한 치료를 할 경우에는 준비는 밖에서 해가지고 환자를 자주 진드리는 일이 없이 한데 모아서 치료 또는 간호를 한다. 환자는 절대로 혼자 두지 말아야 한다. 응급시에 대비하기 위해서 환자 방에 비치되어 있어야하는 물건은 체온계, 혈압기, 설압자, 초침 있는 시계, 산소 및 그부속물 일체, 마취도구 일체, 소변집사 도구일체, 음료수, 약품, Catheter tray, 골반 측정계 쟁반(Pelvic meter tray), 관장 쟁반(Enema tray), 분만 쟁반(Delivery tray), 감자 쟁반(Forceps tray) 등이며, 특별준비로는

만약 분만의 경우라면 유아침베나 조산아 침베 등을 준비해야 한다.

특히 간호시에 주의할 일은 경련의 회수와 혼수상태의 깊이와 시간을 세밀히 관찰하고 보고해야하며 또한 분만 시작의 증후 때에는 의식이 없기 때문에 자주 복부촉지 및 음부를 살펴보아야 하며 파수여부를 알아보며 심한 질적 출혈의 유무를 주의 깊게 살펴보아야 한다.

환자의 위치는 痙攣이 끝날 때마다 좌측 우측으로 체위를 자주 교대해서 모로 누인다. 또한 더욱 환자를 주의깊게 관찰할 사항은 체온, 맥박, 호흡은 30분마다, 혈압은 1시간마다 기록하고 胎兒心音은 매시간마다 정확히 재서 기록해야 한다.

환자의 소변은 Foley catheter를 삽입하고 언제나 양을 재고 노노를 할 때마다 소변 분석 시험(Albumin analysis test)를 하고 적어도 1일 1회씩 소변 분석 시험을 해서 보고하고, 소변은 필요할 때마다 의사에게 보여 친행에 도움을 준다.

환자의 식이는 유동식 섭취를 주는데 주는 방법은 만약 구강으로 마실 수 있다면 포도당액이나 물을 하루에 2000cc 가량 주는게 좋고, 구강섭취가 불가능할 경우에는 直腸給水나 정맥주사로 대신하며 의사의 처방에 의하여 수액으로 할 수 있으며 액체균형표(Fluid balance)에 세밀히 기록하여 치료에 도움을 주어야 한다. 회복기에 있어서 방광의 팽창은 비뇨 증가(Diuresis)를 초래하므로 언제나 액체균형을 맞추어야 한다.

12. 治 療

子癲症의 治療는 일반요법과 특수요법으로 나누는데 특수요법으로는 上記한 일반 간호의 원칙대로 자극을 피하고 痙攣시에는 구강에 압설자를 넣어서 혀에 손상을 막으며 小便量을 측정하며, 체온 맥박 호흡수와 혈압을 정확히 측정하

여야 한다. 체온 맥박 호흡수는 30분마다 측정하고 혈압은 1시간마다 측정하여야 한다.

특수요법으로는 抗痙攣劑, 진정제, 고농도 포도당, 혈압하강제 및 이뇨제, 때로는 강심제 등을 들을 수 있는데 본 관찰에서도 이에 準하였다.

結 論

子癲症은 妊娠 24週 이후의 妊婦, 産婦와 婦孺에 特有한 疾患으로 高血壓, 浮腫, 蛋白尿, 痙攣과 昏厥狀態를 특징으로 하고 있으며, 母兒의 健康관리상 주목하여야할 疾患중의 하나이다. 筆者가 1967年 3月 1일부터 1969年 2月 28일까지 만 2년간 10예의 不癲症 患者를 관찰하여 얻은 결과는 다음과 같다.

- 1) 子癲症은 初妊婦에 6例, 經産婦에 4例이었으며, 妊娠 週數를 보면 妊娠 31~32週에 3例, 39~41週에서 7例 發生하였다.
- 2) 産前, 産中, 産後子癲症의 빈도는 각각 4, 3, 3例이었으며 重症으로 볼 때에는 각각 3, 7例이었다.
- 3) 本症 患者의 教育程度 居住地를 보면 教育程度가 낮고 市外 居住者가 대다수를 차지하고 있었으며, 全例에서 産前管理를 받지 않았다.
- 4) 本 觀察例에서는 母體死亡率은 0이었으며 胎兒死亡率은 30%로서 그 原因은 早産 死産에 依하였다.
- 5) 本症 發病을 豫防하는데는 妊娠 早期부터 철저한 産前管理가 重要하다고 하겠다.

참 고 문 헌

- 1) Eastman, N.J. and Hellman, L.M.; Williams Obstetrics, Meredith Publishing Co., New York, 1961.
- 2) Greenhill, J.P. Obstetrics, W.B. Saunder's Co.

1960

- 3) Chesley, L.C.; Annitto, J.E. and Cosgrove, R. A.; Long-term follow-up study of eclamptic woman, Am. J. of Obstetrics & Gynecology. 101 : 886, 1968.
- 4) 小林隆 : 妊娠中毒症에 관한 統計的 考察. 産科와 婦人科 35 : 941, 1968.
- 5) Kyank, H.; Schubert, E., and Gyöngyössy, A.: Evaluation of cases of eclampsia treated between 1957 and 1960 at 72 German obstetric clinics, German Med. Monthly, 9 : 108, 1964.
- 6) Eden, T.W.: Eclampsia, J. Obst. & Gynec. Brit. Emp; 29 : 386, 1922.
- 7) 崔貞子 : Obstetric and Gynecologic Nursing.
- 8) Thompson, E.W.L.: The Management of pregnancy complicated by hypertension, Non-toxic hypertension in pregnancy. P. 140, 1958. edited by Norman F. Morris & J.C. McClure Browne. J. & A. Churchill, London.
- 9) Levitt, M.F. & Altchek, A.: (Hypertension and toxemia of pregnancy,) Medical surgical & gynecological complication of pregnancy. ed. by Guttmacher & Rovinsky P. 68, 1960, Williams & Wilkins, Baltimore.
- 10) Teuney & Dandrow, R.V.: Clinical study of hypertension disease in pregnancy, Am J. Obst. & Gynec. 81 : 8, 1961.
- 11) Vertin, C.K.; The significance of Hypertension in the pregnant women. Non-toxémic hypertension in pregnancy. P.81, ed. by N.F Morris & J.C. McClure Browne. J. & A. Churchill, London
- 12) A. Lachmann; Personal communication.
- 13) F.J. Browne; Remote prognosis of pre-eclamptic toxemia Non-toxic hypertension in pregnancy-Edited by Norman F. Morris and J.C. McClure Browne P. 190, 1958. J. & A. Churchill, London
- 14) L.C. Chesley et al: A follow up study of eclamptic women. Am J. Obst. & Gynec., 83: 1360, 1962.
- 15) C.I. Bryans Jr. et al: Eclampsia: A long-term follow up study. Obst & Gynec, 21:701, 1963.
- 16) D. W. S. Gordon & M. R. Fell: Recurrent pregnancy toxemia. J. Obst. Gynaec Brit. Emp., 65:727, 1958.

간호학 관계 석사여러분 !

귀하의 연구 노력하신 옥고를 여러분의 후배를 위하여 또한 간호학의 지속적인 발전을 위하여 본 협회에 비치하여 항상 참고 자료가 되도록 2분씩 납본하여 주시기 바랍니다. 없으신 분은 1부라도 꼭 기증하여 주시면 감사 하겠습니다.

대한간호협회 출판부