

산과 응급간호

조 미 영
(경의의대간호학과조교수)

I. 머리말

응급처치(emergency care)라 함은 사고로 인한 부상자나 위급한 병에 걸린 환자를 위해 의사의 치료를 받을 때까지 즉각적이며, 일시적인 처치를 해주는 것을 말한다. 응급처치의 목적은 환자가 생명을 잃지 않게 하고, 환자가 회복되어 다시 생활을 할 수 있게 하며 보다 근본적인 치료를 하기전에 악화되는 것을 방지하는데 있다. 간호원은 어떠한 사고가 일어났을 때 특히 이러한 사고가 의사의 부재시에 발생된 응급사태일 때 이에 대한 능숙하고 민첩한 처치를 할 수 있어야 한다. 이러한 간호원의 역할은 간단한 상처의 치료에서부터 죽어가는 환자의 소생술에 이르기까지 다양하다.



II. 응급시에 나타나는 심리반응

① 공포감(Fear)

병원에 오는 응급환자와 환자의 가족들은 대부분 환자의 중세와 치료의 방법이나 효과에 대하여 두려움을 갖게 된다. 의르인은 이 두려움을 인정하고 이해할 수 있어야만 환자가 신뢰하게 되고 치료효과도 나타난다.

② Hysteria

환자들 중에는 공포에 떨거나 지나치게 흥분하는 사람도 있다. 이럴경우 대체로 주위에 다른 사람을 물러나게 하고 조용히 있게하면서 아주 부드러운 방법으로 진정시켜야 한다.

③ 조바심(Impatience)

병원에 도착과 동시에 치료가 시작되지 못할 경우 어떤환자는 크게 조바심 하며, 때로는 다른 환자에게 까지 지장을 주기도 한다. 이런 경우 진료의 절차에 대해 설명을 해준다든가 관심을 나타내고 있다는 표시로 환자의 머리에 손을 얹어본다든가 해서 안정감을 줄 수 있다.

④ 비애(Sadness)

환자증에는 우울해 하거나 고독해 하는 사람도 있다. 이러한 감정의 지속은 환자의 중세를 악화시킬 수 있으므로 환자가 실의에 빠져 있는 경우에는는 치료이외에 우울한 기분 해소에도 주의하여야 한다.

⑤ 혼란(Confusion)

부상을 당하거나 질병에 걸리면 사람은 혼란을 일으키게 되며, 때로는 심소한 환경, 원숙치 못한 사람, 새로운 의로기구들 때문에 당혹하기도 한다. 따라서 진료전에 왜 어떠한 방법으르치

료가 진행되리라는 것을 설명해 줄 필요가 있다.

현재 산부인과를 찾게되는 환자들 중엔 응급 처치를 요하게 되는 환자들이 너무나도 많음을 보게 된다. 산부인과적인 응급처치를 요하는 경우는 대부분 임신과 분만 또는 산욕과정을 통하여 경험을 하게되는 것이 대부분인데 즉 모체 단독인 경우 보다는 모, 아가 함께 공존하는 시기에 많이 발생되고 있으며 모, 아가 공존하는 상태이기 때문에 일어나는 문제가 많으며 또한 작

<표 1> 병립별 산부인과 응급 및 비응급 입원 총환자수

환자분류	성심병원		이화대학병원		경희대학병원	
	NO	%	NO	%	NO	%
비응급환자	653	86.6	1,835	84.2	1,729	87.9
응급환자	101	13.4	342	15.8	234	12.1
합 계	754	100%	2,177	100%	1,963	100%

은 사고에도 처명적인 경우가 많다. 특히 산과의 응급처치는 두 생명이 관련되는 것이기 때문에 아주 중요하다. 건강한 임신부라도 어느시기에 또는 어떠한 경우의 어떤 비극이 있으리라는 예측을 불허하게 응급을 요하는 산부인과적인 질환이 많이 있다. 그러므로 산과의 트윈은 언제 어떤 상태의 응급을 요하는 환자가 찾아 오더라도 이에 즉시 대처할 수 있는 준비를 갖추어 있어야 한다. 잘 알려져 있는 “준비하라(Be Prepared)”는 공언은 다른 어떤 의학분야보다 산과에 더욱 적용된다. 작년(1976. 1.1~12.30) 1년 동안에 서울시내 종합병원중 이화대학 부속병원 경희대학 부속병원, 중앙대학 부속 성심병원 등 3개 병원을 대상으로 하여 산부인과 입원환자중 응급처치를 요구했던 입원환자를 조사한 결과 다음과 같았다.

<표 2> 응급 질환 별 환자 수

질 환	병 원					
	성 심 병 원		이화대학병원		경희대학병원	
환자 수	NO	%	NO	%	NO	%
Abortion (Spontaneous)	25	24.7	30	8.8	54	23.1
Ectopic pregnancy	27	26.7	34	9.9	61	25.1
Hydatidiform mole	4	4.0	—	—	5	2.1
Abruptio placenta	—	—	8	2.3	8	3.4
Placenta previa	3	2.9	27	7.9	10	4.3
Postpartum hemorrhage(retained placenta, subinvolution)	4	4.0	48	14.0	26	11.1
Functional bleeding	23	22.8	153	44.7	34	14.5
Uterine rupture	1	0.9	1	0.3	4	1.7
Laceration (vaginal, perineal cervical)	9	8.9	7	2.0	6	2.6
Eclampsia	3	3.0	10	2.9	18	7.7
Precipitate labor	—	—	9	2.6	—	—
Puerperal infection	2	1.9	15	4.4	—	—
합 계	101	100%	342	100%	234	100%

상기한 도표에서 볼 때 경희대학병원 산부인과 입원 총환자수는 1,963명(이중 정상분만 1,210명, 산부인과 질환 753명)인데 이중 입원시 응급처치가 요구된 환자수는 234명으로 12.1%에 해당된다. 또한 이화대학병원 산부인과 입원 총환자 수는 2,177명 인데(정상분만 1,822명, 산부인과질환355명) 입원시 응급처치가 요구된 환자수는 342명이며 15.8%이었다.

그리고 성심병원의 경우에 있어서도 입원 총환자수 754명중 입원시 응급처치가 요구된 환자수는 101명으로는 13.4%에 해당됨을 알 수 있었다. 이상과 같은 결과에서 우리의 주변에는 산부인과 응급을 요하는 환자가 산재해 있음을 인식하고 예방대책을 연구하여 응급간호를 습득하여 응급처치에 대해 단견을 기하도록 해야 될 것이다.

Ⅲ. 산부인과 응급질환 및 분류

산부인과에서 응급을 요하는 경우는?

- ① 출혈(Bleeding)
- ② 통증(Pain)
- ③ 임신합병증(Complication of Pregnancy)
- ④ 외상(Trauma) 등이 있다.

대표적인 질환으로는 :

①유산(Spontaneous abortion) ②자궁외 임신(Ectopic pregnancy) ③포상기태(Hydatidi form mole) ④전치배반(Placenta previa) ⑤배반조기박리(Abruptio placenta) ⑥산후출혈(Postpartum Hemorrhage(Retained placenta, subinvolution)). ⑦기능성출혈(Functional bleeding) ⑧열상(Laceration: perineal, vaginal, cervical) ⑨ 자간증(Eclampsia) ⑩ 급속분만(precipitate labor) ⑪산후감염(Puerperal infection) ⑫양수전색증(Amniotic fluid embolism) ⑬제대탈출(Prolapsed of cord) 등을 꼽을 수 있겠다.

Ⅳ. 질환별 응급처치 방법

1. 질출혈(Vaginal Bleeding)

산부인과에서 제일 문제가 되고 있으며 가장 빈번하게 발생하는 합병증으로는 출혈이 대표적이다. 출혈증상을 나타내는 질환 역시 종류가 많은데, 출혈(Hemorrhage)은 알려진 바와 같이 모성사망의 3대 사인 중에 속하는 합병증이다. 갑자기 과도한 질출혈이 있는 경우는 생식기에 이상이 있음을 뜻한다. 월경기간이라도 평소 월경시의 양과 비교하여 출혈량이 많다거나 또는 pad을 매 2시간 이상 착용할 수 없을 정도인 경우는 질출혈이 심함을 뜻한다. 질출혈이 있는 경우는 우선 그 원인을 밝혀내야 한다. 먼저 임신증인지 아닌지를 확인 한다. 비임신시의 질출혈인 경우에 있어서 고려해야 할 것은 어떠한 피임방법을 이용하고 있는지, 예로써 I.U.D.(Intra uterine devices) 사용 여부를 검토해 본다. 또는 기능성출혈(functional bleeding)인지 외상(Trauma)에 의한 것인지를 조사한다. 그러나

대부분의 질출혈의 흔한 원인은 임신장애로 일어나는 것이 대부분이다. 환자가 의식이 있는 경우에는 환자로부터 임신여부의 정보(Information)를 얻도록 한다(예 : Amenorrhea, Nausea & Vomiting, Breast tenderness, Urinary frequency)원인이 밝혀지면 질환에 따라 신속한 처치를 적용한다. 모든 경우의 질출혈을 중요시 다루는 이유는 다량의 출혈로 인하여 초래되는 출혈성쇼크(Hemorrhagic shock)때문이다.

◎ 출혈성 쇼크(Hemorrhagic shock)

출혈성 쇼크는 산전 후 출혈의 두드러진 특징이라고 할 수 있다.

Pathophysiology의 간단한 재검토와 증상과 증후(sign & symptom) 및 치료의 일반적인 개념에 따르면 :

실혈로 인하여 혈액량이 감소되면 심장에서 박출되는 혈액의 양이 감소하기 때문에 혈압은 낮아지고 증가는 산소가 적게 받아들여 지기 때문에 환자는 더 많은 산소를 받아들여려고 자연히 호흡이 빨라진다. 또한 심장은 물로 혈액을 빨리 공급하여 조직의 저산소증을 고정하려고 하며, 또한 말초혈관은 피부로부터 심장, 뇌, 또는 간장과 같은 생명을 유지하는 기관으로 혈액을 직접 보내기 위하여 수축하게 된다. 신장으로 가는 혈액량이 감소함에 따라 소변배설량이 적어진다. 내장은 수축하여 일반순환제로 더 많은 혈액이 가게한다. 말초 순환계의 삼투압은 낮아져서 세포내의 액체는 조직내에 남아 있게 되고 순환되는 액체의 양을 증가시키게 된다.

이것은 뇌, 심장, 간 등의 생명유지에 필요한 기관을 보전시키는 것이 더 긴급하기 때문이다. 또한 뇌의 고도로 분화된 신경세포는 다른 기관의 세포보다 산소의 부족에 예민하여 심한 손상을 받게 된다. 심장수축기 혈압이 50mmHg 보다 낮아지면 심근증(myocardium)은 충분한 혈액을 얻을 수 없다.

특히 심장과 신경계통은 극소빈혈(Ischemia)에 의해 손상을 받는다. 이 부위가 약해짐에 따라 혈압은 더 낮아진다. 이 부분에 미치는 힘은 급격히 감소되어 순환에 허탈상태가 오며 마침내는 죽게 된다.

◎ 관리(Management)

① 수혈과 수분 공급(Replacement therapy)

혈액 손실량과 균형을 맞추기 위해 혈류는 우선 액체를 필요로 하게 된다. shock에 빠져 있는 동안 혈액이나 다른 액체를 정맥내로 주입하여 보충치료를 하게 되는데, 이 치료는 펄프작용을 하면서 심장의 하근을 돕게 된다. 그러나 혈압이 차차 높아지며, 또 혈액과 아울러 투여되는 액체공급이 지나치면 심장에 너무 많은 액체가 도달하게 되며 따라서 폐부종을 초래한다.

고로 호흡이 곤란한지 호흡수가 빠른지 호흡할 때 소리가 나는지 등을 관찰한다. 이런 증상이 나타나면 수분의 정맥내 주입을 즉시 중단한다.

② 산소공급(Oxygen therapy)

저산소증(Hypoxia)을 막기 위해 산소 공급한다. 즉 shock상태에 있는 동안은 순환이 느려 혈액의 산소화를 감소시키기 때문이다.

③ 쇼크 체위(Shock position)

Trendelenburg position을 취하게 한다. 이 자세를 취하므로 순환 혈액의 양을 500cc정도 증가시킬 수 있다.

④ 약물 요법(Drug therapy)

혈관을 수축시키고 혈압을 높이는 약은 혈액량이 감소되는 동안 혈관의 크기를 적게 만들므로 도움이 된다. 약에는 Levarterenol과 Aramine, Bitartrate 등이 있다. Levarterenol 4cc를 5% D/W 1000cc에 섞어 정맥주사한다. 이 용액을 정맥내 주입 후 5분마다 혈압 측정한다. 투여속도 및 투여량은 환자의 반응 특히 혈압에 의하여 조정된다. 과잉 투여는 고혈압과 뇌출혈을 초래한다.

⑤ 보온(Temperature)

환자를 오한으로부터 보호해야하는데 이때 더운물주머니를 태어줌으로써 피부에 온 열은 표면혈관을 이완하게 함으로써 순환혈액량을 감소하게 한다. 따라서 이러한 방법보다는 방안온도를 따뜻하게 해주고 담요를 덮어주는 것이 훨씬 좋은 방법이다.

2. 유산(Spontaneous abortion)

유산은 임신초기에 가장 흔히 응급처치가 요구

되는 질환이다. 유산은 태아가 생존능력이 있기 전인 임신 20주 이전에 임신이 중단되는 것을 말한다. 입원시 대부분의 경우 질출혈과 함께 하복통을 호소한다. 유산종류중 불완전유산(Incomplete abortion)인 경우에 출혈 및 복통이 제일 심하다.

◎ 관리(management)

출혈성 합병증 환자 간호시엔 출혈방지, shock, 감염, 방치등이 간호상의 3대원칙임을 염두에 두고 간호하도록 한다.

① 절대안정(Absolute bed-rest)

경관개대(cervical dilatation)가 되는 것을 막고 출혈이 심해지는 것을 막기 위해서 침상에 누인후 절대로 움직이지 못하게 한다. 아직 경관개대가 되지않은 절박유산(Threatened abortion)상태인 경우는 적절한 처치를 가하면서 절대안정을 시키면 임신지속율이 70%가 되기 때문이다.

② 관찰(observation)

i) 출혈상태 : 출혈량 내용물 등 배출물을 관찰하고 pad counting을 하여 출혈정도를 파악한다. 계속적이며 정확한 출혈상태에 대한 관찰은 예후를 판정하는데 도움이 된다.

ii) shock증상 및 증후 : 환자의 안면의 변화를 세밀히 관찰하고 혈압을 자주 재어 shock을 방지토록 한다.

③ Dilatation & Curettage

질(Vagina)을 통해 나온 출혈내용물 중 조직이 배출된 경우 평가해보고 자궁 경관 개대여부를 살펴본 후 임신지속 가능성이 없는 경우는 Ringer's solution에 oxytocin 20 units를 섞어 I.V.하면서 Curettage를 실시한다. 모든 과정을 행할 때 완전히 무균술(Aseptic technique)을 지키도록 한다.

④ 출몰요법(Hormonal therapy)

임신지속을 위해 대부분의 경우 출몰치료를 우선적으로 생각하나 습관성유산(Habitual abortion)이외의 경우는 별로 효과없다. 오히려 이러한 치료는 계류유산(Missed abortion)을 산출케 할 우려가 있다.

⑤ 정서적간호(Emotional care)

모든 출혈환자는 불안(Anxiety)도가 높아지기 때문에 불안정해하는 경우가 대부분이다. 환자가 불안 초조해하면 최선을 다하고 있음을 주시시켜 치료의 목적과 간호의 목적을 이해시킴으로 불안을 해소시키고 협조하도록 한다.

3. 패혈유산(Septic abortion)

유산 후 감염된 합병증으로 초래된다. 인공유산시 자궁속에 화학물(chemicals)이 들어갔거나 불결한 기구 사용으로 기인되는 경우가 많다. 이로 인해 패혈증(Septicemia)이나 Endotoxic shock으로 사망하게 된다. Endotoxic shock의 흔한 세균(organism)으로는 E-coli이다. 입원시 환자는 발열, 오한, 하복부 동통을 호소한다. 더욱 심해지면 소변량이 현저히 줄어들고 암갈색 소변(Dark urine)과 황달(Jaundice)을 나타낸다. 진찰해보면 복부팽창과 hypoactive bowel sound, 또 하복부 통각과민반응(lower abdominal tenderness)이 있다. 질강 검사시 악취나는 분비물(malodorous discharge)이 분비된다. 자궁경관을 움직일때 통증이 있고 자궁은 유연(soft)하며 통각과민반응(tenderness)이 있고 자궁주위 조직에 통증(parametrial tenderness)이 있다.

◎ 관리(Management)

① 안정(Rest)

침상에서 반좌위(Semi-fowlers position)를 취하게 하여 복강내(Intra peritoneal)의 만연(sp-read)을 방지한다.

② 보온(Warming)

발열후 몹시 추워하기 때문에 담요 등을 덮어준다.

③ 항생제 투여(Antibiotic therapy)

④ D&C(Dilatation & Curettage)

이때 고려할 것은 항생제 사용 6~8시간 후에 시행하도록 한다.

4. 자궁외임신(Ectopic pregnancy)

자궁강 이외의 부위에서 임신이 성립되는 자궁의 임신은 항상 응급을 요하는 질환이다. 이로 인한 도성사망률은 6% 정도이다. 자궁외 임신이 성립되는 부위는 대부분 난관에서 이루어지며 95%를 이루고 있다. 그러나 난소(ovary) 복강(abdominal cavity), 자궁각(uterine cor-

nua), 자궁경관(Cervix)에서도 발생된다. 자궁외임신 발생 Case 중 I.U.D후의 발생율이 25 : 1 이 된다는 보고가 있어 문제로 대두되고 있다. 입원시의 증상을 보면 무월경(Amenorrhea) 6~12주 후에 심한 복통과 함께 출혈이 있다. 환자의 90%가 통증을 느끼는데 몹시 아파한다. 일반적으로 동통은 복부측면에서 많이 느끼고 있다. 환자의 75%에서 갑자기 질출혈이 나타나는데 일반적으로 간헐적이며 경하면서 검붉은 점적출혈(spoting bleeding)이 있다. 난관이 파열된 후에 다량출혈이 올 수 있는데 5%에 해당된다. 그러나 이때의 출혈은 대단히 심하며 Shock에 빠져 들어간다.

◎ 관리(Management)

① 응급처치

응급으로 지시된 치료 및 검사내용은 우선적으로 수행하여 신속히 결과를 확인한다.

② Shock의 증상이 나타나면 shock체위로 환자를 눕히고 정맥으로 수액(fluid)을 주입하면서 산소와 혈액을 가능한한 빨리 주도록 한다.

③ 조기진단

확진을 하기위하여 Culdocentesis나 laparoscopy, culdoscopy를 시행한다.

④ 난관절제술(Salpingectomy) 또는 난관 난소절제술(Salpingo-oophorectomy) 실시.

수혈하면서 동시에 수술을 적용한다. shock 치료 후 수술한다는 것은 오관이다.

5. 포도상기상태(Hydatidiform mole)

포상기태는 융모막 융모(chorionic villi)의 수포변성(hydropic degeneration)의 결과로 초래된다. 임신전반기에 불규칙한 출혈, 지속적인 구토감, 고혈압과 임신중독증이 나타난다. 또한 자궁은 임신기간에 비해하지 않고 크다.

◎ 관리(Management)

① 자궁소파술(Uterine evacuation)

가능한 한 빨리 자궁내용물을 제거한다. 이때 Oxytocin 30units를 Ringers sol. 1,000cc에 희석하여 주면서 시행해야 자궁천공(uterine perforation)을 방지할 수 있다.

6. 전치태반(placenta previa)

전치태반은 태반이 정상이 아닌 태부위에 부

착하는 것으로 200분만에 1에 정도의 높은 발생율을 보이며, 주증상인 출혈은 모, 아 상태를 급격히 위협하여 임신부 사망율은 출혈로 인한 사망중 10%를 점하고 있다. 신생아 사망율은 정상 분만보다 6배 많고, 미숙아 출생은 4배가 더 많다. 태반부착 부분의 정도에 따라 전전치태반(total placenta previa), 부분전치태반(partial placenta previa), 하방부착태반(low insertion of placenta)으로 분류되며, 부착 정도에 따라 증상도 달라진다. 임원시 나타나는 증상을 보면 임신후반기에 무통성 질출혈(painless vaginal bleeding)이 있는데 갑자기 선홍색의 출혈을 보인다. 한밤중에 피가 잠자리에 흥건히 고여 있어 깨어나는 경우가 많다. 분만증상이 나타나지 않는 한 복부불편감은 없다.

◎ 관리(Management)

관리방법은 출혈의 지속여부 및 태아의 상태(mature)에 따라 임신지속이나 임신중단의 방법이 둘 중에서 택해진다.

① 절대안정

조산(premature birth)이 예상되거나 태반부착 상태에 따라 임신지속이 요구되는 경우 절대 안정을 취하도록 지시한다.

② Double set-up

의사가 내진(vaginal examination)시 초래될 수 있는 심한 출혈을 예상하여 분만준비+수술 준비를 동시에 하도록 한다.

③ 관찰(observation)

출혈상태 shock증상, 태아의 상태, 분만 개시 증상 등을 세심히 관찰한다.

④ 출혈성 쇼크(Hemorrhage shock) 방지

I.V로 fluid를 공급하면서 수혈을 한다.

⑤ 기타

확진키위해 실시되는 내진(Digital examination)은 출혈을 증가시킨다는 것을 염두에 두어야 한다. 어느 경우에도 간접적으로 진단함이 좋다.

7. 태반조기박리(Abruptio placenta)

정상적으로 부착한 태반이 갑자기 임신후반기에 자궁벽에서 박리되면서 출혈을 하게된다. 발생빈도는 분만 250~500 : 1이다. 또한 자궁경직

(Rigid)이 되고 동통이 발생되며 태아의 축진은 어렵게 된다. 출혈의 양상은 두가지로 나타나는데 잠재출혈(Intrahemorrhage)과 외출혈(External hemorrhage)이 있다. 대부분의 경우 출혈이 심한데 실혈로 인하여 Acute renal failure, Acute tubular Necrosis, Hypovolemic shock에 빠지게 된다. 또 Couvelaires Uterus가 발생되는데 이는 자궁의 muscle bundles 사이의 출혈결과 자궁은 암자청색(Dark red violet color)로 된다. 이런 경우는 자궁무력증(uterine atony)을 초래하여 oxytocin을 주입한 후에도 자궁수축이 되지않아 자궁절제술이 필요하다.

◎ 관리(Management)

① 출혈성 쇼크 방지

출혈이 심하기 때문에 I.V로 fluids를 주입하고 수혈을 실시하며 쇼크상태(shock state)로 들어 가면 산소를 공급한다.

② 저섬유소증(Hypofibrinogenemia) 방지

과다출혈로 인하여 섬유소(fibrinogen)의 소모가 많아 지혈이 되지 않는다. 만약 섬유소가 150mg/100이하면 2gm의 섬유소를 정맥내 주입하도록 한다.

③ Amniotomy 실시

Amniotomy는 단지 확진을 하기위해서 만이 아니라 태반의 부착된 정도와 자궁근층(myometrium)내에 혈액의 삼출된 여부를 알기 위해서도 실시한다. 태반박리가 많이 진행된 경우 양수는 포도주 빛갈로 붉게 물들어 있음을 볼 수 있다.

8. 산후출혈(post partum hemorrhage)

산후 24시간 이내에 출혈이 되는 것을 말한다. 원인은 자궁무력증, 질 또는 경관열상(vaginal or cervical laceration) 자궁 강내태반조각의 잔류(retained placental fragments) 등이다. 일반적으로 자궁복구부전으로 태반부착 부위에서의 출혈이 많다.

◎ 관리(Management)

① 자궁수축(uterine contraction)을 도모한다.

즉시 자궁저(fundus)에 원을 그리듯이 massage를 실시하며 자궁수축제(oxytocin)를 정맥으로 투여한다. 또한 방광을 empty시켜 자궁수축을

촉진시키기 위하여 catheterization을 실시 한다

② 안위도모

도움을 청한다하여 절대로 환자를 혼자 두고 가지 않도록 한다. 맛사지를 계속하면서 간호원이나 의사의 도움을 청하는 방법을 모색한다.

③ shock 방지

혈압의 변화 및 환자에게 일어나는 변화를 세밀히 관찰하며 trendelenburg position을 취해 준다. 즉시 수혈을 실시한다.

④ 정서적 간호(Emotional care)

환자는 스스로에게 초태될 위협상태에 대한 의 심과 염려를 하게되는 것이 보통이다. 환자를 위 해 최선을 다하고 있다는 사실을 알려주어 안심 을 하게하고 신뢰를 주도록 한다.

9. 자궁파열(uterine rupture)

자궁파열은 산과적 분야에 있어 조기 진단 및 응급처치를 요하는 출혈성 합병증의 하나로 매우 중요시 되고 있다. 태아사망률은 50~70%이 며, 모체사망률은 발견즉시 수술을 받는경우 5% 정도이다.

원인은 외상(trauma)을 받았든가 제왕절개 술(cesarean section) 경력이 있는 case에서 또 는 과강진통으로 인하여 때때로 일어난다. 증상 으로 갑자기 복통이 있고 구토가 있다.

진찰해보면 복부통작과민반응(abdominal tenderness)과 태아부분(fetal part)을 수월히 만질 수 있다.

◎ 관리(Management)

응급case이기 때문에 별다른 수술적 처치가 생략되는 경우가 대부분이다. 출혈성 쇼크 치료 를 하면서 즉시 수술을 실시한다.

10. 자간증(Edampsia)

임신중독증은 일부, 산부 또는 산욕부에 발생 되는 특유한 질환으로 고혈압 단백뇨와 부종, 때로는 경련과 혼수를 특징으로 하고 있으며 이는 모, 아에게 중독한 결과를 초래하는 경우가 많다.

◎ 관리(Management)

① 절대안정 및 경련방지

주위의 자극을 피하기 위하여 조용한 반암실 (Semi-dark room)에 있게 한다.

② 외상방지

경련시에 외상을 방지하기 위하여 침상의 side rail을 올려주어 추락을 막고 두부 외상 (head trauma)을 방지하기 위해 베개(pillow)를 머리위에 대어주고 혀가 물리는 것을 방지하기 위해 압설자를 치아 사이에 끼워준다.

③ 진정제 및 진경제 투여

Morphin, Luminal 등을 투여한다. 요즈음 서구라파쪽 나라들 중에 Diazepam 5~10mg을 I.V하는 경향이 있다. 진정제 사용시는 항상 출 릴 정도로만 투여 한다. 진경제로 magnesium sulfate 사용은 통용되고 있는 일이다.

④ 관찰(observation)

경련의 전구증상을 세밀히 관찰하고 경련이 발 생되면 발작회수, 기간, 정도를 관찰하여 기록 한다. 분만의 시작후로도 아울러 살핀다.

⑤ 체위 변경(changing position)

경련이 끝날 때마다 좌측 우측으로 체위 교대 하며 옆으로 눕힌다.

⑥ 활력증후 측정(vital sign check)

체온, 맥박, 호흡은 30분마다 재며, 혈압, 태 아심음은 1시간 마다 재도록 한다.

⑦ 혈압하강제 사용시 주의점

태아가 살아있는 경우 혈압은 수축압(systolic pressure) 100mmHg 이상을 유지해야 한다.

11. 급속분만 또는 추락산(precipitate Labor)

분만이 시작하여 완료까지 3시간 이내에 이루어지는 분만을 말한다. 산부는 자궁수축(uterine contraction)의 간격(Interval)이 별로 없어 고통이 심하다.

◎ 관리(Management)

임산부가 병원에 도착하여 분탄실로 옮길 수 없 도록 급히 분탄하여야 할 경우 조금이라도 분탄 을 늦추기 위하여서는 다리를 벌고 꿇 붙이고 있 도록 하면서 복압(Bearing down power)을 조 중(control) 함으로써 일시적으로 막을 수 있다. 빨리 횡격막호흡(Diaphragmatic breathing)을 하게하면 조금은 지연이 된다. 한편 소독된 sheet를 양다리 사이에 끼워 가급적 부위를 깨끗하게 한다. 그리고 즉시 의사나 간호원을 불러 도움을 청하는데, 이때 절대로 환자를 혼자

그냥 두지 않도록 한다. 분만개조자는 당황하지 않도록 하며 self-control이 필요하다. 아두(fetal head)가 나올때 압박을 조금씩 가하면서 처음보호(perineal care)를 해준다. 그러나 분만에 방해가 되지 않도록 한다. 일단 머리가 나오면 서두르지 말고 서서히 조력(assist)하도록 한다. 간호원이 분만개조할 때에 도울 수 있는 범위는 태아가 산도 출구밖으로 나오는 과정에서이다. 이것을 꼭 명심하도록 해야한다.

12. 양수전색증(Amniotic fluid embolism)

이는 산과 쇼크(obstetric shock) 종류의 하나인데 드물게 나타나는 합병증이다. 분만의 어느 시기를 불문하고 양막이 파열되던 양수는 태반층 정맥동 또는 자궁강내 정맥을 통해 전신순환 혈류에 유입되어 폐 모세혈관에 이른다. 이 때 양수에는 솜털, 태지, 태분 등의 소편(fragment)이 혼합되어 있으므로 폐색전을 일으킨다. 대개 급속분만에 잘 발생되며 분만 제 1기말에 잘 발생된다. 이차적으로 폐부종을 합병한다. 증상으로 Vascular collapse, 호흡곤란, 청색증(cyanosis) 등이 나타나고 산후출혈이 심하다.

◎ 관리(Management)

즉시 산소를 주고 수혈을 실시한다. 출혈이 심하므로 섬유소 2~8gm을 I.V 한다. 부신피질 스테로이드를 투여한다.

13. 제대탈출(Prolapse of cord)

발생율은 0.3~0.6%이며 태아사망율은 40~50%이다. 제대(cord)에 맥박(pulsation)이 없으면 태아사망을 의미한다.

◎ 관리(Management)

제대탈출 후 10분 이내에 태아를 분만시키도록 해야 태아가 생존할 수 있다.

① 움직이지 않도록 한다. 움직일수록 제대는 더욱 탈출된다.

② 제대탈출시 아두가 제대를 눌리지 않게 하기 위하여 산부의 둔부(hip)를 상승시켜 골반으로부터 멀리 아두의 중력을 두게한다. 따라서 슬흉위(knee-chest position) 또는 trendelenburg position을 취하게 한다.

③ 의사에게 연락한다.

④ 밖으로 나온 제대를 소독된 saline dressing

을 하여 보호한다.

14. 산후감염(Puerperal infection)

분만후 초태되는 생식기의 감염인데 그 종류는 다양하다. 주로 자궁내막염이 중심이되어 자궁내막에 국한되거나 주위조직에 퍼진다. 예후는 원인균의 침입 경로, 균종 및 저항력에 따라 좌우된다.

◎ 관리(Management)

① 발열(High fever)에 대한 간호(식, 해열제 투여 및 냉찜질(cold compress)을 적용한다.

② 절대안정을 취하도록 한다.

③ 침상에서는 반좌위를 취해 배액증진토록 한다.

④ 다량의 수액(fluid)을 섭취하도록 한다.

⑤ 자궁수축제를 투여 한다.

15. 외상(Trauma)

골반부위(pelvic area)의 외상은 성교, 강간, 낙상, 유산의 시도, 기타 사고의 결과이다. 신경이 많이 분포되어 있어 통증이 심하며 혈관이 많이 분포되어 있어 출혈이 심하다. 조그만 상처는 쉽게 치료가 가능하나 큰 상처는 철저히 치료하도록 한다.

◎ 관리(management)

출혈부위(bleeding point)에 우선 압박을 가하여 지혈시킨 후 그 부위를 닦아내고 이차감염을 방지키 위해 항생제연고(antibiotic cream)를 바른다. 어린아이의 경우에서 이물을 집어 넣어 외상을 입는 경우가 있는데, 이때 항문진(rectal examination)을 한 후 이물이 만져지면 비경(nasal speculum)을 집어넣어 검진후 끝이 둔한 hemostat로 이물을 제거한다.

V. 맺음말

산부인과 합병증에 대한 응급처치를 할 때는 잠재되어 있는 여러 어려움에 대한 이해와 인내심이 요구 된다. 이러한 문제들을 체계적인 방법으로 다루어 보면 응급환자와 비응급환자의 구분의 미묘함을 더욱하게 되고 옅은 간호를 할 수 있게 될 것이다.