

수의산과임상의 실제(15)

조 충 호

(서울대학교 수의과대학)

12) 分娩後 出血 (Postpartum Hemorrhages)

분만 후 자궁 또는 産道內로의 출혈은 생식기의 外傷, 裂傷, 破裂 등에 의해서 일어나며, 자궁으로의 출혈은 찢어진 子宮小丘柄(caruncular stalk)에서 일어난다. 이와 같은 사고는 분만 경과 중 帝王切開術과 切胎術 도중, 분만 후의 부정확하거나 또는 너무 빨리 태반정체를 제거했을 때 등에서 일어난다.

약간의 출혈은 이단된 臍帶端, 자궁, 子宮頸, 膣 혹은 외음부에 輕度の 裂傷 등이 있을 때에 관찰된다. 또한 裂傷이나 破裂 특히 경관, 질, 간혹 외음부에서의 출혈은 대혈관의 파열에 의할 때가 많다. 출혈은 태아가 만출된 직후에 일어날 때도 있다. 이들의 裂傷이나 外傷의 대부분은 태아의 牽引抽出後에 관찰된다. 腹腔內나 骨盤腔內에 출혈이 일어나서 그것이 심할 경우에는 급성의 빈혈증상을 나타낸다. 이것은 보통 난산이나 子宮捻轉의 修復前, 修復中, 修復後에서의 자궁 및 자궁혈관 파열의 증례, 子宮脫 및 특히 切胎後나 老齡牛에서의 창상에서 볼 수 있다. 이들의 출혈상태는 소에 sweet clover를 급여하게 됨으로써 매우 악화된다고 볼 수 있다.

(1) 처치법

출혈을 막기 위해서 보통 외과적 처치와 보조

적인 처치가 필요하다. 분만시 生殖道로부터의 가벼운 출혈에 대해서는 대부분의 경우 특별한 치료를 요하지 않는다. 대동물에서 자궁으로부터의 보다 극심한 출혈일 경우에는 하수체후엽 호르몬이나 20~25 단위의 oxytocin이 자궁이나 자궁혈관을 수축시키는 작용에 의해서 출혈이 멎을 수도 있다. 10ml의 formalin을 첨가한 생리식염액 50ml의 주사 혹은 글루콘산칼슘 500ml의 주사는 혈액응고 촉진에 효과적이며, 출혈을 막을 수도 있다. 출혈이 열상에 의해서 질벽의 대혈관으로부터 일어날 때는 검자로 지혈시키는 방법을 택한다. 검자로 집어둔 상태에서 24~28시간 방치하거나 또는 結紮의 방법을 택한다. 심한 자궁내 출혈에 대해서는 혈액응고를 24시간 자궁내에 방치하였다가 2~3일 후에 손으로 분쇄하여 완전히 제거해야 한다.

catheter를 사용해서 생리식염액을 주입하는 것은 혈괴를 세척해내는 데에 매우 유효하다고 한다. 수 주내지 수 개월 경과해도 혈괴가 인정되지 않을 때는 자궁이 다른 조직과 마찬가지로의 機序로써 분해 흡수했다고 본다. 태아의 미이러화의 경우와 마찬가지로 estrogen의 주사는 혈괴의 배제와 흡수에 유효하다. 태아견인추출 혹은 切胎術 등의 術中 또는 術後에서의 骨盤腔內 또는 膣周圍의 출혈은 膣狹窄을 일으킬 가능성이 있다. 심한 출혈에서 관찰되는 명확한 증상은 脫力, 沈鬱(depression), 심한 頻脈, 呼吸速迫 및 粘膜炎의 蒼白이다.

術者が 臍部の 복벽으로부터 또는 자궁탈시에 자궁벽으로부터 즉시 복강내로 손을 넣을 수 있을 경우에는 과열된 혈관의 結紮에 의해서 지혈이 가능할 때가 있다. 이와 같은 증례에서는 심한 출혈과 속 때문에 급속하게 폐사의 경과를 취하게 될 때가 있어서 예후는 매우 불량하다. 만일 출혈이 임상증상을 나타낼 정도로 심할 경우, 혈압을 유지하기 위해서 대동물에서는 2,000~8,000ml 혹은 그 이상의 수혈, 생리식염액, gelatin 또는 다른 용액의 輸液을 실시하고 필요에 따라 반복한다. 그러나 過量의 수액은 피하는 것이 좋다. 생식기도의 열상이나 과열시에는 감염방지를 위해서 설퍼제, 항생물질 혹은 자극이 적은 국소 소독양의 투여 등의 치료를 실시한다. 비교적 굵은 자궁동맥이나 정맥의 血栓症(thrombosis)이 때로는 관찰되고 있다. 혈전은 자궁탈이나 자궁염전 등에 의해서 혈액순환이 저해된 후에 정맥에 가장 많이 나타난다. 때로는 분만 후의 소의 직장검사서 중 자궁 동맥에 動脈瘤(aneurism)를 촉진할 수 있다. 생식도와 난소 기타 골반강, 복강내장기 및 조직과의 사이에 유착이 분만 후 출혈에서 속할 때가 있다.

13) 産道の 裂傷(Laceration of the Birth Canal)

난산처치 후에 術者は 挫傷이나 裂傷이 자궁이나 산도에 있는지의 여부를 주의깊게 검사하여야 한다. 소에서는 牽引抽出 및 切胎術 後에 특히 外陰部나 頸管에 가벼운 裂傷이나 外傷이 잘 관찰된다. 질은 자유롭게 확장되기 때문에 손상을 받는 일이 적다. 가벼운 裂傷은 특별한 관심을 두지 않아도 빠르게 치유된다. 소에서는 극심한 頸의 裂傷이 경관 과열을 일으키게 되는 일은 드물지만, 이와 같은 예에서는 경관이 치유되었을 때 哆開 또는 外翻이 일어나는 것을 방지하고 또 경관 조직내에서의 과잉의 결합 조직의 형성을 방지하기 위해서는 바로 질에서 縫

합하여야 된다고 한다. 자궁내막의 가벼운 裂傷은 급속하게 치유된다. 이것들은 退縮을 촉진시키는 pituitrin 또는 oxytocin 및 estrogen의 주사에 의해서 치유가 촉진된다. 질의 裂傷은 일반적으로 陰門과 陰의 移行部 附近에서 일어난다. 陰門의 裂傷은 분만이 정상일 때는 보통 가볍다. 소의 陰門裂傷은 陰門의 정상확장에도 모하기 위해서 급격하게 강한 牽引을 하게 될 때에 보통 일어난다. 경한 裂復은 縫合이 필요 없다. 심한 裂傷이나 會陰側切開術의 創口는 陰門의 哆開와 癍痕形成 및 이것에 의해서 陰門炎과 陰炎에 이환되기 쉬운 것을 방지하기 위해서 즉시 nylon糸나 또는 獸腸糸에 의한 深部垂直臥褥縫合을 실시하지 않으면 안된다. 또 비경구적인 항생물질의 투여를 하여야 된다. 陰門이 이완되어 上向으로 된 소에서는 陰門縫合術(castlick's operation)에서 기술한 것처럼 陰門交連의 背側 1/2 또는 2/3까지 봉합하여야 된다. 특히 조직이 외상을 받아 저항력이 없거나, 혹은 자궁염이나 태막의 정체가 있을 때는 더욱 그러하다. 감염된 陰門의 裂傷은 疼痛과 腫脹을 수반하며, 지속성의 努責을 일으키고, 분만 후의 소에 있어서 요망되지 않는 증상 즉 氣腔(wind sucking)으로 된다. 치료법은 항생물질의 非經口的 投與와 조기에 縫合하거나 예방적으로 緩和한 항생물질 연고를 도포하는 국소요법을 실시한다.

14) 母體骨盤組織의 挫傷(Contusions of the maternal pelvic structures)

태아 또는 切胎術에 사용되는 기구에 의한 모체 골반조직의 挫傷은 골반 내의 血腫과 出血을 일으키며 혹은 분만시에서의 폐쇄신경 또는 臀部神經에 장애를 일으켜서, 이들 신경의 마비를 일으킬 때가 있다.

(1) 閉鎖神經麻痺(Obturator paralysis)는 특히 소에서 잘 발생된다. 경산우 보다도 초산우에서 비교적 많이 발생된다. 폐쇄 신경의 손

상은 頭位에서의 臀部固着에서 때때로 관찰되기 때문에, 이 쥘의 난산을 구조하기 전에 항상 폐쇄신경마비를 예측하여야 된다. 폐쇄신경마비는 편측 또는 양측의 後肢에 영향을 미친다. 만일 소가 쓰러져 있고 臀部固着의 상태로 진통을 하고 있을 때에는 下側의 다리와 신경이 극심하게 장애되어 있을 때가 가장 많다. 이 좌상은 보통 胎兒臀部的 骨의 결절 특히 大轉子가 폐쇄신경 위를 擦過하는 것에 의해서 일어난다. 그것은 폐쇄신경이 腰薦關節의 骨性突起物의 위를 주행하거나 혹은 보다 빈번하게 폐쇄공으로 들어가기 전에 腸骨體의 밑을 주행하고 있기 때문이다. 초산우는 폐쇄신경마비는 수시간까지 지속한 臀部固着症狀에 있어서는 매우 잘 관찰된다. 그러나 초산의 골반으로부터 큰 胎兒를 추출하기 위해서 人力 혹은 태아 견인기에 의한 강력한 牽引을 실시하지 않으면 안될 경우에도 폐쇄신경마비가 드물게 일어나기도 한다. 폐쇄신경의 장애는 大腿內側의 內轉筋群 즉 外閉鎖筋, 恥骨筋, 內轉筋 및 大腿薄筋의 마비를 일으킨다. 만일 장애가 片側性일 때는, 소는 장애를 받지 않은 다리로 일어 설 수 있으나, 不安定하며, 잘 넘어진다. 兩側 閉鎖神經이 挫傷으로 장애를 일으켰을 때는 兩後肢가 굳게 伸展되어서 外轉되고, 소는 보통 起立不能으로 된다. 만일 마비가 심하고 양측성일 때의 예후는 경계를 요한다. 마비가 가볍고 곤란하긴 하나 보행이 가능할 때의 예후는 양호하며, 대부분의 경우 증상은 급속도로 개선되어서, 2~7일 사이에 매우 순조로운 보행을 하게 된다. 그렇지 않을 때에는 회복에 4~8주까지 걸리는 수가 있으며 간혹 장애가 심해서 영구적일 때도 있다. 기립 불능의 상태에서는 乳牛는 먼저 한쪽에서 착유한 다음 회전시켜 반대측을 착유한다. 환측은 될 수 있으면, 충분히 갖을 갈아 놓은 큰 독방에서 사육하며, 심한 外轉, 2次的인 股關節脫臼, 골반골절 등을 방지하기 위해서 환측의 兩後肢를 적당한 간격으로 같이 결박한다. 때로

는 吊起帶(slings)를 사용할 때도 있다.

(2) 腓骨神經麻痺(Peroneal paralysis) 는 腓骨神經의 손상이나 외상에 의해서 일어나지만, 이 신경은 脛骨背外側靛와 腓骨上을 통과하고 있기 때문에 stanchions에 매여 있는 소에서는 그 後軀가 尿溝(gutter) 緣을 넘어서 있는 것에서 관찰된다. 난산과 유열의 소에서 일어 서고자 버둥거릴 때에 가장 많이 발생된다. 腓骨神經이나 脛骨神經의 손상은 球節과 跗前骨의 上方 表面의 無感覺症이나 趾(digit)를 신장하고 飛節을 굴곡하는 筋 즉 長外側指伸筋, 第三腓筋, 前脛骨筋 등의 마비를 일으킨다. 이 결과로써 球節의 굴곡과 비결의 沈下를 나타내어 기립, 서 있기 및 보행이 곤란해진다. 腓骨神經麻痺는 腓腹筋의 斷裂이나 척추의 장애에 의한 不全麻痺와 구별하여야 된다. 난산 후나 분만시의 손 상에는 上腕神經 또는 橈骨神經麻痺가 있다.

(3) 腓腹筋의 斷裂(Rupture of the gastrocnemius' muscle)은 분명히 근육의 Zenker's 變性에서 속발되며, 난산이나 乳熱時에 비교적 소 요를 할 때, 혹은 일어서고자 노력한 후에 보통 일어난다. Zenker's 變性은 특히 장기간 구속되고 제한된 운동만을 한 소에서 무리한 근육 활동이 강요되었을 때에 일어나는 수가 있다.

또 selenium의 결핍지대에서 특히 많이 발생된다고 한다. 本症은 患肢의 負重不能, 腓腹筋 腱의 이완 및 腓腹筋 部位의 浮腫과 출혈에 의한 종창에 의해서 진단된다. 심한 예는 살처분이 권장된다. 기립이 가능한 경증일 때는 Thomas splint와 같은 부목으로 지지하여 주면 5~6주에서 회복될 때가 있다.

15) 子宮 또는 膾의 破裂(Uterine or vaginal rupture)

원인으로는 氣腫胎에 의한 장시간의 난산, 장시간의 자궁염전(橫破裂이 일어난다), 태아에 대한 부적절한 처치 및 견인, 術者의 피로, 切胎術時의 사고, 切胎術後의 태아의 들출된 骨,

非専門人에 의한 태아의 미숙한 처치 등이 있다. 이 최후의 이유와 장시간에 걸친 난산시의 다른 이유 때문에 산과수술을 실시하기 전에 특히 자궁, 경관 또는 질의 파열이 있나 없나를 세심한 주의를 가지고 조사하지 않으면 안된다. 정상태위의 牛胎兒의 견인추출이 자궁, 경관 또는 질의 파열을 일으킬 때가 있으나, 그것은 恥骨縫合의 前半에서 때때로 보이는 예리한 骨性突起에 대해서 이들의 조직이 강하게 밀려붙게 되기 때문이다. 또 자궁의 橫破裂이 자궁벽의 收縮輪에 의해서 일어날 때도 있다.

경관파열은 경관의 확장이 불충분할 때 일어난다. 질파열은 태아가 음문으로 향해서 강하게 견인되었을 때에 질 주위의 지방이 후방으로 밀리게 됨으로써 발생한다. 이 후자의 예에서는 陰辦輪(hymenal ring) 또는 陰前庭緣의 가까운 질벽이 파열되어서 지방을 탈출시킨다. 같은 질의 단열이나 파열이 때로는 방광의 탈출을 초래한다. 異狀胎勢 또는 胎向 혹은 자궁염전시의 태아에 견인추출을 실시하면 자궁 또는 질벽의 일부가 변위된 태아 말단부에 의해서 걸리게 되어 파열을 일으킬 때가 있다. 원인 불명에 의한 자궁파열도 관찰된다. 난산 후에는, 항상 수의 사는 자궁파열의 유무를 확인하기 위해서 자궁이나 산도를 세밀히 조사할 필요가 있다. 자궁파열은 바로 치료될 수 있는 것도 있기 때문이다.

(1) 症狀과 豫後

생식기 파열의 증상과 예후는 罹患生殖器의 부분, 파열의 크기, 파열의 성질, 자궁내용물의 성질, 복강으로 누출된 자궁내용물의 양, 생식기벽의 열공으로부터 장 또는 방광의 탈출 여부 등에 따라서 다르다. 소에서는 氣腫胎에 의한 자궁파열에서 치명적인 복막염이 급속하게 일어난다. 자궁파열은 어느 동물에서도 마찬가지로 폐사의 轉機가 예상된다. 소에서 자궁파열의 증상은 가벼울 때도 있으나 보통은 식욕감퇴,

반추 및 제 1위 수축의 정지, 불안, 頻脈, 頻呼吸, 四肢冷感 등이 관찰된다. 체온은 보통 정상이거나 그 이하이며, 때로는 상승될 때도 있다.

만일 감염을 받은 태어나 자궁내용물이 복강내로 방출되었을 때는 急性重度の 패혈증의 증상이 급속하게 진전된다. 쇠약(prostration), 폐사는 보통 1~2일 이내에 일어난다. 보다 가벼운 증례에서는 복막염은 그다지 눈에 띄지 않으며, 태아가 包埋되어 母體는 살아나게 되거나 혹은 3~7일 이내에 폐사될 때도 있다.

(2) 처치법

태아를 開腹術의 創口로부터 抽出하고 자궁을 縫合한다. 분만 후 또는 감염을 받지 않은 난산 후의 작은 자궁파열에서, 또한 파열이 子宮의 背側에 있을 때는 oxytocin의 반복투여 또는 靜脈內點滴에 의한 소량 지속투여에 의해서 자궁을 보다 급속하게 퇴축시키고, 비경구적인 항생물질 요법을 병용함으로써 구조될 때가 있다.

이와같은 예에서는 penicillin(300~600萬單位)과 streptomycin(4~5g) 또는 aureomycin, terramycin, tetracycline(2~4g)의 투여 또는 유사의 항생물질요법이 평균 체중 360~450kg의 소에 연일 실시한다. 후자의 廣域 抗生物質 1~2mg을 자궁내 감염을 제압하기 위해서 자궁 내에 투여한다. 항생 물질과 5~10%의 sodium sulfonamides 용액의 腹壁으로부터의 복강내 투여가 약간의 증례에서 실시되고 있다. 縫合을 요하게 되는 큰 자궁파열에 대한 縫合은 소에서는 곤란하나, 산도로부터 조작해서 연속 또는 臥褥(mattress) 縫合을 실시하게 될 때도 있다. 자궁이나 질을 산도로부터 외부로 잡아 당겨서 縫合한 다음 원 위치로 되돌려 보내는 방법도 있다. 간혹 開腹創口로부터의 子宮縫合이 성공될 때도 있다.

태반정체, 패혈성 자궁염, 자궁벽의 이완, 혹은 장탈출이 있을 때는 예후가 불량하다. 가장 극심한 자궁파열의 예에서는 예후는 불량하며,

환축은 살처분이 권장된다. 만일 회복되어도 만성적 자궁주위염과 복막염이 일어나게 될지 모르며, 그 동물은 그 후의 번식성이 매우 의심된다. 경관의 완전파열은 자궁과열과 유사하나, 이 조직의 적절한縫합은 매우 곤란하기 때문에 파열이 광범위 할 때는 예후가 불량하다. 질과 열은 보통 자궁과열과 같이 중요하지는 않다. 파열이 복강까지 파급되지 않는 한 예후는 비교적 양호하다. 단순한 질과열 특히 側壁 또는 背壁의 것은 術者가 희망하지 않는 한 봉합할 필요는 없다. 대부분의 경우, 가령 裂傷이 질의 底部에 있어도 작은 것은 봉합할 필요가 없다.

그러나 태반정체나 자궁염이 발생했을 때, 질 주위에 膿瘍形成을 방지하기 위해서縫합할 때도 있다. 이와 같은 감염을 받은 질 주위의 혈종에서 속발된 것도 있는 질 주위의 膿瘍은 커져서 2~6주 또는 그 이상의 후에 가서 음순과 骨結節의 중간으로 파열된다. 질의 가벼운 創傷은 급속하게 치유된다.

16) 分娩後의 敗血性子宮炎 (septic metritis following parturition)

태반정체의 유무와는 관계없이 발생되며, 보통 분만후 1~10일 이내에 인정된다.

(1) 병 인

敗血性子宮炎의 병인은 태반정체와 거의 같으며, 보통 자궁이완이나 자궁무력증이 관계된다. 보다 病原性이 강한 세균에 자궁이 오염되었을 때는 세균 자체, 혹은 독소가 血流中으로 들어가서 敗血症, 毒血症 및 膿毒症을 수반하는 심한 전신증상을 나타내게 된다. 가장 일반적인 병원균은 대장균, 化膿桿菌, 溶血性포도상구균, 綠膿菌, 變形菌, 溶血性 연쇄상구균, 그리고 간혹 clostridia 등이다. 이것들의 심한 감염증은 독성이 강한 동물을 衰弱시키는 악취있는 赤血 水樣의 자궁내용물이 특징적이다. 본증은 보통 氣腫胎, 死胎兒, 특히 氣腫胎를 수송

한 고도의 자궁염전 및 胎膜水腫, 水腫胎, 過大兒, 雙胎, 創傷性胃炎에 의한 복막염등 자궁무력증을 발생하는 다른 질병에서 속발된다. 대부분의 경우, 본증은 난폭하고 부적당한 태반정체 제거후에 발생한다. 패혈성자궁염은 장시간의 난산, 특히 곤란한 切胎術이 실시된 후에 발생될 때가 있다. 子宮脫時에 자궁내막이 손상되어 감염을 받은 후, 때로는 괴사성질염의 파급에 의해서 일어나는 수도 있다. 모든 동물에서 난산구조 또는 태반정체 제거시의 비위생적인 방법에 의한 감염의 도입에 의해서 본증이 발생된다.

(2) 증 상

분만 후의 패혈성자궁염의 증상은 모든 동물종에서 매우 비슷하다. 때때로 태반정체가 관찰되며, 소에서는 보통 태반이 심하게 종대되어 태아태반이 모태반에 고착되어 있다. 환축은 식욕부진과 권태를 표시한다. 맥박은 보통 약하고 빠르며, 소에서 80~120이 된다. 체온은 초기에 상승되나 병상이 진행되면 정상, 또는 그 이하로 될 때가 있다. 정상 이하의 체온은 보통 폐사 직전에 관찰된다. 소에서는 다른 가축에 비해서 지속적인 고열을 표시하는 일은 적다. 환축은 떨며, 사지에 냉감이 있다. 호흡은 빠르고 얇다. 眼窩는 음푹하게 되고, 被毛는 거칠게 되며, 체중은 급격하게 감소된다. 심한 예에서는 소화기의 현저한 무력증이 보인다. 糞便은 굳어지거나, 혹은 검고 끈적끈적하며 악취가 있다. 특히 물과 같이 될 때가 있다. 유량이 현저하게 감소되거나, 또는 無乳(agalactia)로 된다. 보통 붉은 기가 있는 水樣性이고 악취있는 배출물이 음문으로부터 보인다. 產道는 종대되어 염증을 일으키기 쉽다. 검사전에 努責이 있을 때와 없을 때가 있다나, 검사중 또는 후에는 보통 努責이 인정된다. 腸炎을 동반하는 패혈성자궁염이 많은 예에서, 직장검사를 특히 조용하게 하지 않을 경우에는 努責, 또는 裏急

後重은 일으킨다. 직장검사는 보통 腸炎, 혹은 直腸過敏의 징후가 없는 소에 한정하여야 된다. 태반정체가 없이 패혈성 자궁염을 발생하고 있는 소에서는 자궁경관이 매우 긴축되어 있을 때가 있다. 질 검사에서는 질이 정상이고, 투명하거나 약간 탁한 질점액이 인정되는 데도 불구하고, 子宮內容은 중독성이고, 악취가 있어서, 때로는 소를 폐사시킬 정도의 독성이 있을 때가 있다. 거의 全例에서 子宮은 무력증이고, 이완되어 있다. 자궁벽으로부터의 감염과급에 의해서 복막염이 일어날 때도 있다.

복막염에 의한 특징적인 呼吸의 신음소리를 나타낼 때가 있다. 자궁외막염, 즉 자궁감염의 腹膜으로의 파급은 자연적으로 일어날 때도 있으나, 극심한 감염을 받아서 염증을 일으키고 있는 자궁의 粗暴한 치료에 의해서 생길 때도 있다. 소에 있어서 이와같은 예의 직장검사에서는 초기의 纖維素沈着 및 자궁과 인접 腹腔臟器하고의 유착이 인정된다. 이와같은 소견이 인정될 때는 바로 검사를 중지하지 않으면 복막염과의 유착을 더 한층 악화시킨다. 관절, 특히 飛節, 球節 및 膝關節의 腫脹과 강직을 동반하는 관절염의 증상이 소에서 나타날 때가 있다. 급성의 蹄葉炎도 발생될 때가 있다. 부전마비와 기립불능 등의 증상을 표시하게 되며, 사지에 냉감이 있을 때는 소에서는 유열과 오진되기 쉽다. 敗血性子宮炎 罹患牛의 尿檢査에서의 Ross시험에서 中等度 또는 強陽性的의 Keton체가 검출될 때가 있다. 이것은 본증의 합병증으로서의 Ketosis에 의하는 것이기는 하지만 심한 식욕부진에 의해서 생길때가 많다. 血液像은 보통 현저한 左方移動이 인정되고, 동시에 초기에는 백혈구 수의 현저한 감소를 동반한다. 회복기에는 右方移動이 인정되며, 白血球增多症이 발생된다. 특히 본증이 지속될 때는 肺炎이나 蹄葉炎이 발생되며, 난폭한 태반제거 또는 子宮脫出 때의 자궁내막의 손상은 자궁벽에서 세균의 증식을 허용하게 되어 膿瘍을 일으킬 때

가 있다. 패혈성자궁과 다른 질환, 가형 創傷性胃炎, 위장염, 출혈성 패혈성 폐염, 산욕마비 蹄葉炎, 기립불능 또는 기립곤란 및 분만시의 질병을 일으키는 유방염 등과의 주의깊은 類症鑑別이 필요하다. 보통 패혈성자궁염의 경과는 2~3일 지속되며, 그 사이에 회복 또는 폐사가 일어난다. 때로 경과가 1~2주간 이상 연장되는 수도 있다.

(3) 예 후

자궁이 심하게 손상을 받아 복막염이 발생되어 환축이 매우 강한 중독증상을 표시하게 되기 이전의 초기에 치료되지 않는 한 주의를 요하거나 불량하다. 치료의 효과가 인정되지 않고 努責이 지속될 때, 혹은 유방염이나 폐염 등의 합병증이 있을 때는 예후가 절망적이 되기 쉽다. 重症例 및 子宮外膜炎, 난소염, 혹은 자궁벽의 膿瘍 등의 症例에서는 번식수명의 예후는 불량하다.

(4) 처치법

패혈성자궁염의 치료는 고식적인 것이어야 한다. 자궁의 마사지와 洗淨 및 태반정체의 제거는 패혈성자궁염의 증례에서, 만일 실시한다 해도 드물게 실시하여야 된다. 그렇지 않을 것 같으면 환축의 병상이 위험하게 될 수 있다. 패혈증과 毒血症은 上記의 치료법을 실시하기 전에 치료되지 않으면 안된다.

초기의 예에서는 pituitrin을 대동물에서 3~5ml 또는 estrogen으로써 stilbestrol 20~40mg 혹은 estradiol 2~4mg의 연일 투여가 이완된 자궁에 긴장성을 일으키는데 약간의 효과가 있을 때가 있다. 일반적으로 심한 증례에서는 호르몬제의 효과는 의심스럽다. 자궁에 악취있는 惡露가 다량으로 정체되어 있을 때는 조용하게 siphon작용에 의해서 배제한다. 대동물에서 이 방법에 의한 자궁내용물의 배제를 실시할 때는 자궁벽이 매우 약해서 穿孔되기 쉽기

때문에 멸균 연결고무관이나 馬用子宮洗淨管을 사용하여 주의깊게 실시하여야 된다. aureomycin이나 terramycin과 같은 廣域 tetracycline系 誘導體나 furacin의 1~3mg을 용액으로 하거나, 혹은 가용성의 상태로 소의 자궁내에 투여하는 것은 국소적으로 또는 자궁으로부터 흡수되어 전신적으로도 感染制壓에 매우 유효하다. 항생물질과 설피제는 비경구적으로 응용된다. 日量, 体重, kg당 6,600~12,000단위의 procaine penicillin과 체중 450kg당 5g의 streptomycin의 1日 2회의 근육내 주사, terramycin 혹은 tetracycline의 정맥내 주사, 日量 体重 kg당 2.2~6.6mg의 근육내 주사 등이 어느 정도의 효과가 있다. sulfamethazine 혹은 sulfamerazine 과 같은 sulfanamides를 日量 体重 kg당 140~230mg 정맥내, 복강내 혹은 경구투여가 시도되고 있다. 소에서는 항생물질과 설피제의 병용이 더욱 효과적이다.

생리식염액이나 포도당 등의 对症療法 및 輸

血이 매일 실시된다. 굴루콘산 칼슘은 특히 초기의 예에서는 유효하며, 자궁의 수축성도 증가되며, 중독증상의 소에 다량을 급격하게 투여하면 폐사될 때가 있다. pyribenzamine 혹은 다른 항히스타민제가 유효할 때가 있으며, 強制給餌가 효과를 나타낼 때도 있다. 努責이 있을 때는 그 원인이 파악되고 제거될 때까지 硬膜外 痲醉를 해서 진정시킨다.

맥박이 가라앉고 식욕이 증가되어서 자궁벽의 수축성이 개선되며, 滲出物이 水樣性에서 粘稠性으로 변화해가면 환축에 대한 치료효과가 있다고 한다. 치료는 동물이 완전히 회복되고 패혈증의 증상이 소멸될 때까지 계속한다. 소에서 정체된 태반을 제거하거나, 자궁에 대해서 적극적인 치료를 실시하는 것은 이 증상이 치료된 연후이어야 된다. 태반은 자연적으로 배출되도록 하는 것이 좋다. 패혈성 자궁염일 때 蹄部에 수낭을 대주는 것은 제염염의 예방이 된다.

● 도서안내 ●

獸醫臨床病理

韓弘栗, 李政吉, 李昌雨 編著

● 384P 4 x 6倍版
● 定価 9,000원

送料 830원
주문처 : 대한수의사회

機電研究社