대한수의사회지 제24권 제10호
J. Korean Vet. Med. Assoc.
Vol. 24, No. 10, October, 1988

分娩前後에 시행하는 産科手術(中)

Ⅱ. 分娩중에 시행하는 産科手術

金 教 準*

分娩時에 있어서 手術을 시행하여야 할 경우는 難産을 의심하지 않을 수 없다. 難産으로 진단하려고 할때는 正常分娩을 정확히 熟知하는 것이 무엇보다도 주요하다. 요즘의 낙농가는 分娩에 대한 경험이 많아 往診을 청할때는 重症이거나 難産일 경우가 많다. 臨床觀察과 稟告를 들은다음 頸管의 開大狀態, 胎仔의 크기, 失位, 畸形의 有無 등을 확인한다. 破水되었을 때는 다량의 人工羊水를 사용하여 胎仔를 子宮內에서 뜨게하여 되도록 깊게 觸診한다. 그 결과를 그림으로 그려가면서 충분히 검사한후 판단한다. 오판하면 불필요한 노력을 소모하여 나쁜 결과를 가져오게 된다.

Ⅱ. 分娩時에 시행하는 産科手術

切胎術 Fetotomy

切胎術이란 胎仔를 정상의 상태로 摘出할 수 없을때 胎仔의 용적을 축소시키기 위하여 切斷하여 분리하는 手術로서 器具를 사용하여 되도록 皮下切斷하고 빈번하게 子宮에 출입하는 것을 피하여 신속하게 시행하는 것이다.

본 란에서는 成書에서 기술하고 있는 방법을 좀 더 합리적으로 개량한 胎仔体內切斷術 (可世木式)과 胎仔皮內切胎術 (藤田式)에 대하여 기술하겠다.

*忠南大學校 農科大學 獸醫學科

A. 胎仔体內切斷術(可世木式)

1) 切胎器具(그림 1)

(1) 皮下剝離鋏

胎仔의 皮膚를 剝皮하는데 사용한다. 밀때는 皮下織을 鈍性으로 분리하고 당길때는 筋, 腱을 切斷한다.

(2) 皮下剝離器

위의 剝離鋏과 같으며 능률이 좋고 넓은 범위의 剝皮에 적당하다. 밀때에 筋膜 등을 切斷한다.

(3) 産科鋏

胎仔의 筋肉, 腱과 靭帶 등을 切斷한다. 伸長된 筋膜과 靭帶는 본 기의 날(刃)의 중심부에 있는 溜部에 모아 半旋回와 索引 그리고 왕복운동에 의하여 切斷된다. 이는 예리한 날을 가지고 있으므로 선단에 안전장치를 갖고있다.

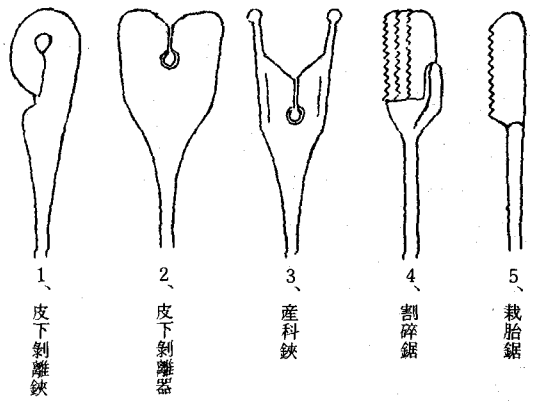

그림 1. 可世木式切胎器具

(4) 割碎鋸

3개의 톱(鋸)을 붙여놓은 기구로 骨에 부착한 筋肉, 靭帶, 骨膜, 小骨突起部를 割碎切除하고 関節을 이탈시키는데 사용한다. 또 截胎鋸를 사용하기 전처치로서 骨을 노출하기 때문에 사용한다.

(5) 截胎鋸

노출된 骨의 切断에 사용된다.

2) 切胎術 (fetotomy)의 適應症

過大仔, 氣腫胎, 胎仔腹水症, 水頭症 등 畸型, 頭失位, 前肢 또는 後肢失位 등 整復不能의 것에 실시한다.

3) 術　式

手術場은 넓으며 깔짚을 충분히 사용한다. 母畜은 前低後高의 자세로서 外陰部가 바닥에서 30cm는 높은 것이 이상적이다. 이는 腹壓에 의한 産道狹窄을 완화하고 手術의 조작이 편리하게 한다.

1. 胎仔皮下空氣注入

胎仔의 皮下에 공기를 주입하면 剝離가 쉽고 手術時間을 단축할 수 있다.

陰門外로 引出한 다리와 前頭部의 皮下에 自轉車用펌프에 접속한 注射針을 꽂고서 공기를 주입한다. 皮下에 産道粘滑剤를 주입하면 더욱 편리하다.

2. 頭位의 切胎

1) 断頭術 decapitation

産道狹小, 仔頭失位, 胎仔過大로서 前肢와 頭가 동시에 産道를 통과할 수 없을때 兩肢를 子宮내로 추퇴하여 頭部에 끈을 매고 陰門외로 인출한다. 완전하지 않아도 무리하지말고 胎仔의 額의 正中線위를 外科刀로서 切皮한다. 또 다시 口角의 뒤를 환상(環狀)으로 切皮하고 頭部의 皮膚를 귀 뒤까지 剝皮한다. 胎仔의 眼部까지 박리할때 鼻端中隔에 釣(갈구리)나 釘(못)을 刺通하여 끈을 연결하여 助手로서 당기게하고 頭部에 달아놓은 繩(끈)을 풀어주며 剝皮를 계속한다. 귀 뒤까지 剝皮한 후 後頭骨과 第一頸椎와의 사이를 切断한다. 단순한 水頭症이나 前肢의 失位는 断頭만 하여도 子宮내에 있는 前肢가 쉽게 引出되므로 殘部는 娩出이 가능하게 된다(그림 2~3).

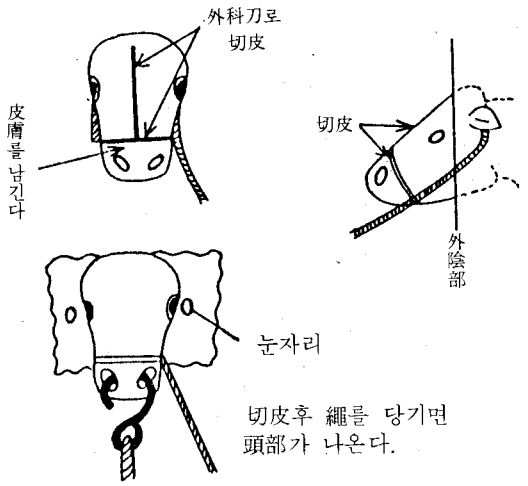

그림 2. 頭部의 剝皮

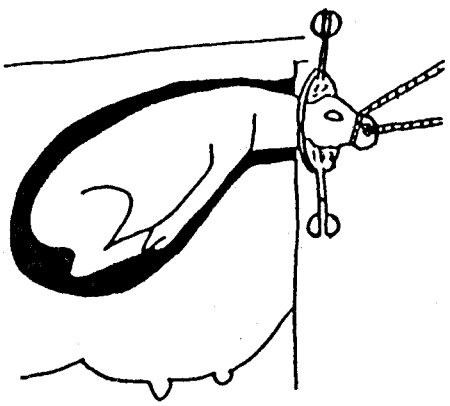

그림 3. 斷頭(頭部剝皮完了)

2) 頸部切断 amputation of the cervix

断頭에 의하여 되어진 皮膚袋口로 부터 皮下剝離鋏과 皮下剝離器를 사용하여 頸部의 피부를 박리한다. 肩胛骨上面에 달할때까지 전 범위를 충분히 剝皮한 후 第七頸椎部 筋肉을 産科鋏으로서 환상으로 切断하고 骨을 노출시킨다. 그리고 割碎鋸를 사용하여 남은 筋, 腱 및 頸関節部를 割碎한다. 이때 環椎 또는 軸椎에 繩(끈)을 달아 助手에게 지시 고정시킨다. 이어서 第

七頸椎를 截胎鋸로 切断하거나 또는 関節部를 離脱시키면 頸部는 잡아뺄 수있다. 이는 過大仔의 경우에 하는 것이나 보통은 断頭후 頸部를 切断하지말고 바로 前肢를 切断한다.

3) 断脚術 amputation of the limb

肢의 失位 또는 胎仔過大로 摘出이 어려울때에 肢를 切断하여 胎仔의 横徑을 줄이는手術이다. 이것에 관하여 成書에서는 Arthur法과 Lindhorst法이 소개되어 있다.

(1) 前肢切断 amputation of the anterior limbs

① 肩胛骨上部까지 剝皮된 것에 産科鋏을 사용하여 肩胛骨밑을 切断하게되면 肩胛骨은 떨어지게된다. 여기에다 繩(끈)을 달아서 産道外로 당기면 前肢는 뒤집어서 摘出할 수있다 (그림 4~5).

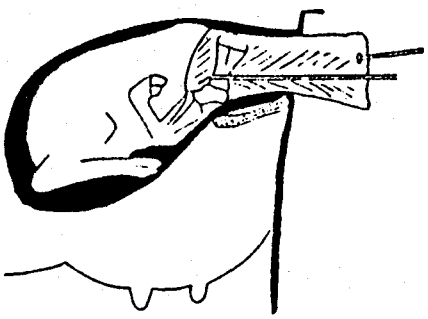

그림 4. 斷頭後 肩甲骨에 繩을 걸고, 牽引한다.

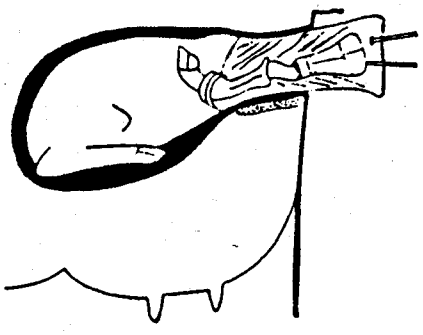

그림 5. 前肢翻轉하여 잡아 뺀다.

② 頭失位 등에 의하여 먼저 前肢부터 切胎를 들어갈때는 一肢를 球節上部까지 陰門외로 引出한다. 管部의 皮膚를 약 5 cm 縦切開하여 皮下剝離鋏 및 皮下剝離器로서 肩胛骨주변까지 剝皮한다. 이때 切皮口의 皮膚를 鉗子로 벌여가지고 産道粘滑剤를 주입하면 皮下에서 器具의 사용이 쉽게된다. 剝皮후 管部의 皮膚를 환상으로 切斷하여 前肢을 잡아 뺄 수 가있다. 반대쪽 前肢도 같은 방법으로 빼낼 수 있다 (그림 6).

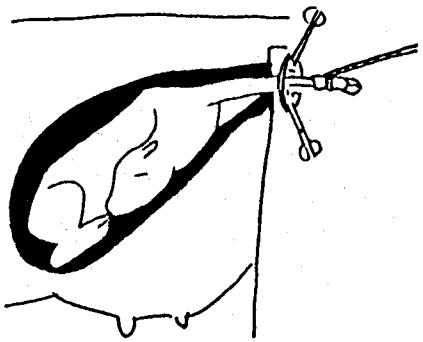

그림 6. 前肢切胎袋口

4) 肋骨切除 amputation of the ribs

頭, 頸, 兩前肢를 절단한 후 절단한 쪽의 肋骨面의 皮膚를 剝皮한다. 肋骨은 肋軟骨部와 肋骨頭에서 切断, 除去하지만 먼저 割碎鋸로서 胸椎에 平行하여 二線狀으로 筋肉을 제거하여 肋骨을 노출하고 截胎鋸를 사용하여 切断한다.

過大仔의 경우는 兩側의 肋骨을 切断除法한다

5) 内臟摘出 evisceration

肋骨을 2~3개 제거하면 内臟摘出口가 나타나게 된다. 손으로 胸腔의 臟器를 이어 横隔膜을 찢고서 腹腔의 臟器를 摘出한다. 肋骨의 切断端은 날카로우므로 術者는 고무장갑을 사용한다.

6) 骨盤切断 amputation of the pelvis

内臟摘出후 皮膚袋(주머니)를 牽引하여 骨盤에 손이닿게한다. 薦骨部의 皮膚를 剝離하여 割碎鋸를 사용하여 薦骨棘突起의 좌우 어느 한쪽의 筋肉을 除去하고 截胎鋸로서 切断한다. 같은 요령

으로 恥骨結合部를 절단하게되면 骨盤은 2개로 나누어진다. 어는 한쪽의 閉鎖孔에 鉤을 걸어 당기면 2개로 된 骨盤이 틀어져 橫幅이 감소되므로 대개의 경우 産道를 통과하게된다 (그림7).

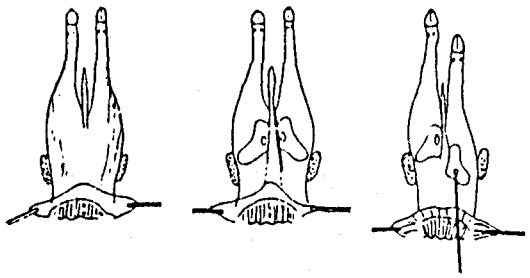

그림 7. 骨盤切斷

7) 後肢切斷 amputation of the hind limbs

切斷한 骨盤의 한쪽을 産道로 당겨 股関節을 分離하여 大腿骨을 노출시킨다. 骨頭에 繩을 달고 당기면 後肢는 잡아 빨수있다. 남은 後肢는 皮膚袋와 함께 牽引하여 摘出한다.

3. 尾位의 切胎

1) 産道내에 一肢 혹은 二肢가 나와있을 경우는 一肢의 球節에 繩(끈)을 걸어서 牽引하고 管部에 있어 환상으로 切皮하여 切皮袋口를 만든다. 여기서 尻部까지 皮膚를 剝離하고 股関節部의 筋, 靭帶를 切斷하여 股関節을 脫臼시켜 脫離시키면 後肢를 빼낼수가 있다(그림8).

2) 兩股関節屈折 또는 後肢畸形으로 一肢도 産道로 整腹할 수 없을 경우는 먼저 胎仔의 後軀를 될수있는대로 産道내로 牽引한다. 尻部의 皮膚를 3～4㎝정도 指刀를 사용하여 縱切開한 다음 頸管鉗子로 잡고서 外陰部로 당긴다. 이 切開部에서 後肢로 剝皮하여 皮膚袋를 형성한 후 股関節部의 筋, 靭帶를 切斷하여 股関節을 分離한다. 그리고 유리한 大腿骨頭에 繩을 걸어서 당기면 後肢는 반전하여 잡아 빨수가 있다(그림 9, 10).

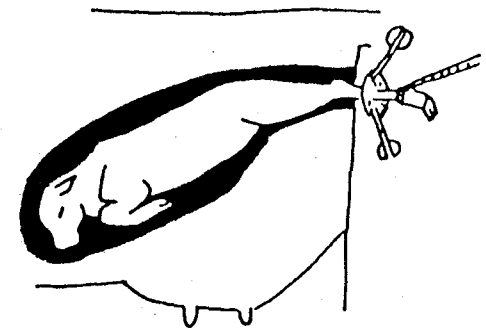

그림 8. 後肢切胎袋口

이상 기술한바와 같이 尾位의 切胎에 있어서 되도록 一側後肢, 아니면 尻部에서 가까이하여 우선 一側後肢를 除去한다. 一肢가 빠져나가면 子宮내에 여유가 생겨 殘肢(남은다리)의 失位整復은 쉽게 되지만 그리하여도 娩出이 어려울때는 같은 요령으로 除去한 후 頭位의 切胎法에 준하여 실시한다.

4. 線鋸를 응용한 切胎器를 가지고 병용하는 切胎法

線鋸를 응용한 切胎器를 사용하여 皮上切胎

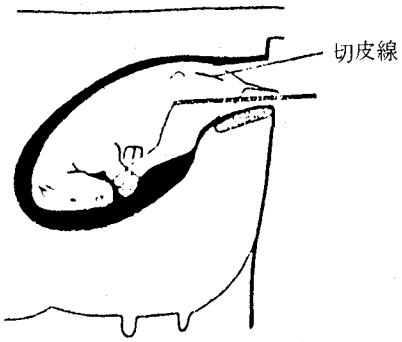

그림 9. 兩股關節屈折時의 切皮部位

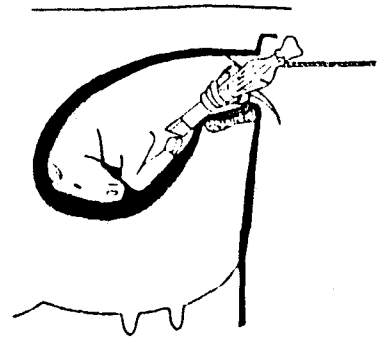

그림 10. 股關節을 分離하고 大腿骨頭를 牽引하여 잡아 뺀다.

hain을 달고 牽引하여 産道에서 많이 떨어진 中手骨部를 4~5cm切皮하여 폭 2.5cm의 改良産科篦을 사용하여 前後, 左右로 왕복하면서 鈍性剝離하여 靭帶를 切斷한다(그림 7-㉮).

다음으로 中手骨 基部에서 離斷하고 中手骨의 切皮創口로부터 노출시켜 産科chain을 달고 牽引하며 다시 왕복, 회전시켜 鈍性剝皮가 上腕部까지 달하면 上腕部와 肩甲部의 筋을 수차 왕복하여 鈍性으로 斷裂한다. 完全剝皮, 斷裂시시키기 위하여 対側도 같은 요령으로 切皮하여 왕복, 회전시킨다. 完全한 斷裂이 되기전에 産科chain으로 잡아당겨 鈍性으로 離斷시켜 肩甲骨에서 上腕骨을 이탈케하여 斷脚할수 있었다. 斷脚후 人工的으로 失位한 頭部를 정복하여 摘出한다(그림 7-㉯).

尾位, 胎仔過大, 産道狹窄 건조할때에 前肢斷脚術과 같은 요령으로 斷脚하고 産道에 粘滑劑를 주입하여 摘出한다(그림 7-㉰).

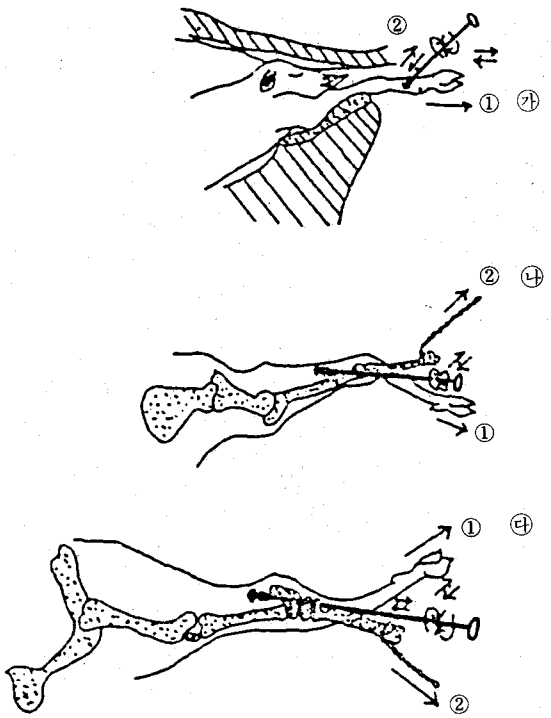

그림 7.

尾位, 胎仔過大, 産道狹窄 건조할때에 前肢斷脚術과 같은 요령으로 斷脚하고 産道에 粘滑劑를 주입하여 摘出한다(그림 7-㉰)

帝王切開術 Cesarean section

帝王切開는 難産에서 胎仔를 産道에서 摘出할 수 없을때에 腹壁에서 子宮을 切開하여 胎仔를 救出하고 되도록이면 母畜도 救助하는 手術이며 腹壁子宮切開術 (gastrohysterotomy) 이라고도 한다.

帝王切開란 말의 由來는 부인이 分娩期에 빈사의 상태가 되었을 때 胎兒를 구조하기 위하여 手術을 받게되는 것으로 Julius caesas가 布告한 것이라는 설과 母体의 子宮을 절개한다는 의미의 Latin語 "Caesomatris utera"라하는 말에서 나왔다는 설이 있다. 家畜에서는 옛부터 犬과 豚에서 행하여 왔다.

1940년이래 미국에서 臨床獸醫師에 의하여 실시되어 왔으며 適應症으로서 未成熟牛의 妊娠에 의한것이 가장 많고 그외 子宮捻轉, 胎仔死에 의한 氣腫胎, 過胎仔 및 長期在胎, 畸形胎, 미이라変性 및 難産處置의 결과 産道狹窄 등을 들수있으며 胎仔切胎術로서 摘出이 不可能으로 診斷된 것에서 실시한다. 日本에서도 1950~1960년대에 걸쳐 臨床獸醫師에 의하여 試圖되었고 우리나라에서도 이때를 前後하여 試圖하였는 것으로 알고있다. 최근 제 4 위의 整復手術이 전국적으로 실시되고 있어 이도 일반화 되어가고 있고 胎仔摘出이 불가능하다고 생각되는 경우는 상식적으로 알고있는 긴급한 手術이다.

종래부터 Arthur法에 의하여 실시되어 왔으나 여기서는 奧田法에 따라 기술코자 한다.

1) 保定法

起立保定과 横臥保定이 있으나 起立保定은 継續하여 起立하여야 하는것이 필요하다. 이의 판단에는 어려운 문제가 있으며 다음에 유의하여야 한다.

① 初産牛로서 심한 陣痛을 지속하는 것.

사진 1. air mat를 사용하여 右横腹部의 空氣가 적게하여 腹壓을 防止한다.

사진 2. 볏집을 사용하여 周圍에 집다발을 넣는다

② 難産處置를 시도하여 2~3시간 이상 지속한 것.

③ 難産處置중 起臥를 빈번히 되풀이 하는것.

④ 患畜의 疲勞度가 심한 것.

이상과 같은것은 起立保定이 부적합하다. 起立保定에서 復帶를 하는것은 중도에 누어버리기 때문에 腹帶에 의한 압박과 起立시키려면 매우 곤란하게된다.

後者의 横臥保定은 준비된 手術台를 사용하거나 農家의 정원과, 牛舍內의 地面을 이용하게 된다. 手術台에서 airmat를 깔고서 腹圧의 상승을 막아준다(사진-1).

土地面을 이용할때는 地面에 穴(구덩이)을 만들어 横臥시키고 腹圧을 방지하고 患畜의 동요를 막아준다. 그리고 四肢의 고정은 항목(杭木)을 땅에 박고서 前肢와 後肢를 묶어준다(사진-2).

牛舍內에서는 짚다발을 横臥한 牛体주변에 고루 넣어준다. 四肢는 적당한 기둥에다 고정한다. 腹圧의 防止와 牛体의 고정을 겸하여 大型車의 고무tube를 이용하는 사람도 있다. 手術室이외의 横臥保定에는 患畜의 밑에 vinyl sheet를 깔고서 牛体의 오염을 방지한다.

2)切開部位

切開部位는 左右에 있어 上腰部에서 下腰部에 걸쳐 50~60cm를 切開한다. 右腰部切開는 起立保定의 경우 手術중 創口에서 小腸이 탈출하는 수가 많다. 横臥保定에 의한 右腰部切開의 소장탈출은 起立保定시 보다는 적으나 오염하기 쉽고 手術소요시간이 길어지며 제1위내에 gas가 충만하여 복강내가 좁아지는 결점이 있다.

左腰部切開는 소장탈출은 거의없으며 제1위의 내용은 비교적 적고 이것이 장해가 되는 일은 거의없다. 左側의 切開部位는 右側보다 後方으로 하고 제1위를 前方으로 밀고 後方에서 子宮의 前端을 創口로 引出하기 때문이다.

腹底部를 切開部位로 하는 사람도 있으나 手術後에 hernia가 발생하고 創口의 오염,사양환경 및 위생관리 등의 문제가 있으나 실시하지 못해 보았고 경험도 없다.

3) 麻 醉

麻醉는 浸潤麻醉와 傳達麻醉가 主이고 切開豫定線에 따라 注射한다. 注射針은 靜脈用細針을, 藥用量은 2%塩酸procain, 2% lidocain을 80~100ml 사용한다. 患畜의 상태에 따라 鎭靜의 목적으로 局所麻醉 전에 2% xylazine을 병용한다.

4) 縫合과 기타處置

切開創의 縫合은 成書에 있는대로 子宮切開部를 腸腺을 가지고 Lembert continous su-

를 시행하면 胎仔切断面에 날카로운 骨端의 露出로 子宮과 産道가 손상되는 위험이 있다. 그러나 지금까지말한바와 같이 胎仔体内切断法에서는 胎仔의 皮膚를 剝離하여 袋狀(주머니모양)으로 남아있 으므로 그 皮下에서 사용하면 子宮이 손상될 위험은 없고 手術 소요시간을 단축시킬 수가 있다. 内臟摘出후 남은 肋骨을 다시 切除할때는 이 切胎器를 사용하면 단시간에 끝날수 있다.

結　論

本 切胎法은 胎仔의 一部를 切皮하여 그 創口로부터 胎仔의 皮膚를 剝離하여 형성된 胎仔의 皮膚袋속에서 切胎하는 것이다. 切胎의 계획을 세우기 쉽고 手術을 시행하는 장소가 胎仔의 皮膚袋내에서 하므로 切胎器具에 의한 産道損傷을 막을 수 있다. 그리고 직접 産道, 子宮내에 손을 삽입하는 일이 적기 때문에 불필요한 陣痛, 努責을 억제하고 母牛의 피로와 쇠약의 정도도 낮아진다. 또 切断된 筋肉, 骨片 기타 오물은 胎仔의 皮膚袋에 남아있으므로 子宮을 오염하지않고 摘出되므로 染毒의 기회가 적다. 이와같이 本法은 母体의 위험을 방지하고 계획적으로 胎仔를 分割摘出하여 摘出후의 경과도 잘 보존할수 있어 다음妊娠에 지장을 가져오지 않게 고려한 것이다.

※본 법은 死胎仔를 가지고 卓上에서 切胎実習이 가능하다. 처음으로 사용하는 기구의 조작, 切胎順序 등 충분한 연습을 할수있다.

B. 胎仔皮内式 切胎術 (藤田式)

1) 考案器具

(1) 胎仔助骨破碎器

직경 10mm 鐵棒 85cm의 끝에 6 cm의 U字部를 붙여 末端에 T字型의 21cm의 handle을 용접한 간단한 것이다. U字部는 간격을 1.2cm로 하여 先端은 다소 넓게하여 肋骨 2~3개가 들어가게하여 T字型 handle을 2~3회전하면 胎仔의 肋骨은 破碎, 切断할 수있다(그림 1).

(2) 産科鎌, 産科篦

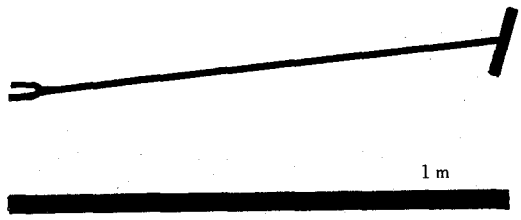

그림 1. 肋骨破碎器(藤田式)

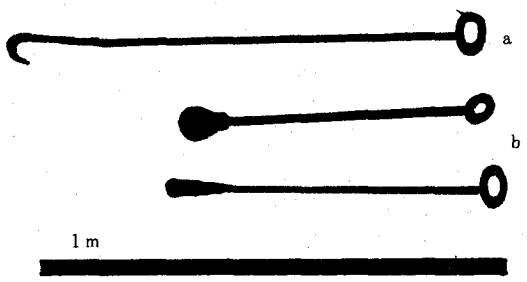

그림 2. a. 産科鎌
b. 産科篦(籐田式)

産科鎌은 직경 8mm 鐵棒 1 m의 선단에 낚시고리모양 낫(鎌)을 용접, 선단은 파친코공 크기로 하고 말단은 손잡이를 만들고 肋骨切断端의 切断과 剝皮가 곤란한 靭帶 등을 切断한다.

産科篦은 직경 8 mm 鐵棒 70cm의 선단에 鋼鉄製주걱(篦)를 폭 7 cm, 2.5cm의 鈍縁을 각각 용접하고 말단은 손잡이를 만들어 胎仔皮膚를 剝離한다(그림 2).

2) 改良器具와 追加器具

(1) 改良産科篦, 追加骨盤破碎器

종래 産科篦(주걱)의 양측상부에 釣針形으로 左右別로 들어가게하고 다소 예리하게 하였다. 断脚術을 할때 上腕部, 大腿部의 筋 등의 断裂과 剝皮하는데 쉽게 하였다.

骨盤破碎器는 직경 15mm 鐵棒의 5 cm의 선단에 깊이 8 cm, 넓이 7 cm, 두께 8 mm의 鋼鉄의凹形을 용접하여 凹形의 내면은 3 cm로서 V字形으로 예리하게한 것인데 말단에 T字形의 16cm의 handle을 용접한 것이다. 後軀가 정체할때는 무리하게 牽引하지말고 胎仔骨盤에 대고서 hammer로서 連打하게 되면 이를 파괴할 수 있다.

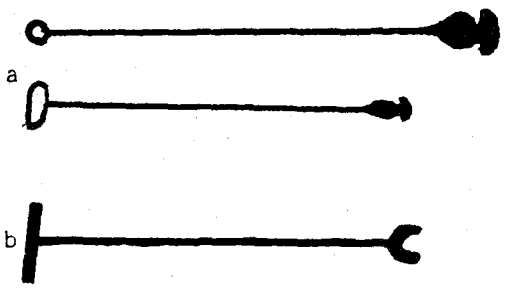

그림 3. a. 改良産科篦
b. 骨盤破碎器(藤田式)

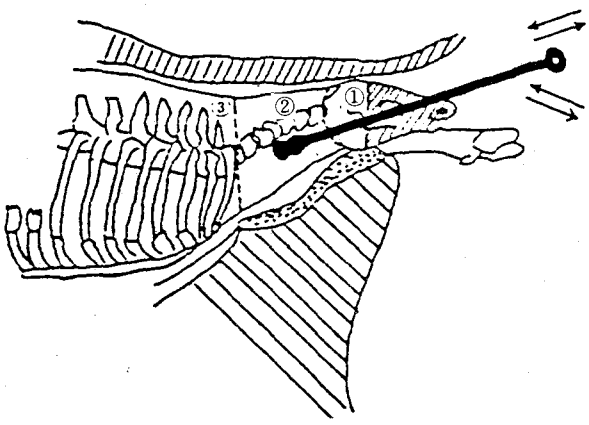

그림 4.

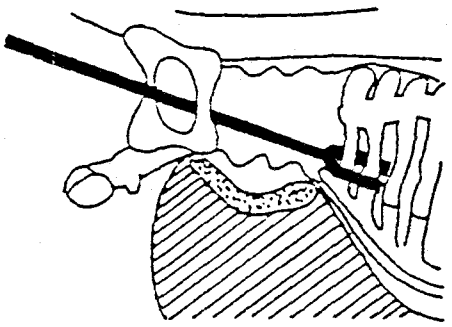

그림 5.

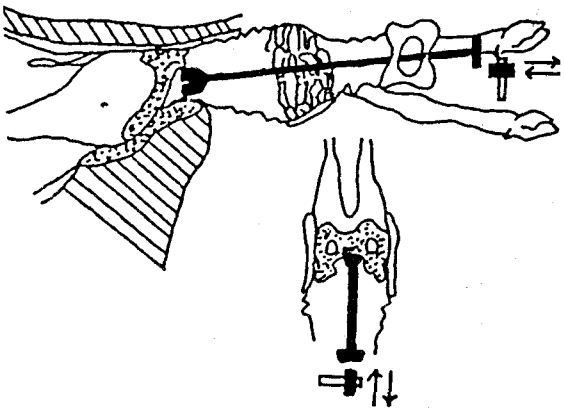

그림 6.

이 조작에 의하여 産道에는 직접 접촉은 적게된다(그림 3).

3) 症例와 術式

初産으로 胎仔가 過大하여 前肢가 肩甲関節에서 屈折한 것으로 失位整復을 해보아도 産道狹窄으로 손이 들어갈수가 없기 때문에 切胎하여야함으로 먼저 頭部를 되도록 外陰部에 노출시켜 眼窩後部를 環狀으로 切皮한 것이다(그림4-①).

다음으로 폭 7cm의 改良産科篦을 사용하여 後頭部까지 鈍性剝皮, 皮膚断端 4 개소에 tape를 통하고 放射狀으로 開張하여 外陰部를 보호한다. 頭部切断은 外科刀을 사용하여 안면을 外陰部 下方으로 牽引하면서 前頭斜筋, 頚長筋을 포함한 環椎後頭筋을 切断하고 環椎에서 제거한다(그림 4-②).

頭部除去후 頚椎의 단면을 産科chain으로 잡고 牽引하여 頚部皮膚를 改良産科篦으로 鈍性剝離를 단시간에 끝낸다. 다음은 Thygesen 截胎器 혹은 線鋸에 의하여 第一肋骨 직전에 頚椎部를 切断除去한다(그림 4-③).

이상의 조작에 의하여 母体의 努責, 苦悶상태는 경감된다. 같은 産科篦을 가지고 左右의 (肋骨外側)中央部를 剝皮하고 術者의 손으로 유도하면서 肋骨破碎器를 삽입, 肋骨 2 개를 함께 끼워 T字型 손잡이를 회전하면 術者 한사람으로서 간단하게 破碎시킬 수있다(그림 5).

肋骨破碎는 第 8 肋骨까지하고 前肢의 失位를 整復하여 全摘出을 끝낸다. 後軀가 정체하였을 때는 内臟을 全摘出하고 骨盤破碎器를 胎仔骨盤에 손으로 유도하여 hammer로 연타하면 骨盤을 파괴하여 全摘出을 끝낸다(그림-6).

産道狹窄으로 産道에 손이 들어가지 않을때에 인공적으로 頭部를 産道로 失位시켜 左前肢를 되도록 外陰部에 노출시키고 이것에 産科c-

표 1. 帝王切開의 概要

No.	年齡	産次	病名	保定	切開部	麻醉	轉歸	姙否	備考
1	8	1	胎仔死 氣腫胎	S.R	L.F	procain 2%sol.	D	−	
2	11	4	子宮捻轉	S	L.F	〃	D	−	
3	11	4	子宮破裂	R	L.F	〃	R	U	子宮癒着廢用繁殖力無
4	13	6	畸形仔	R	L.F	procain2%sol. xylazine2%sol.	R	P	乳房炎으로 廢用
5	8	2	子宮捻轉 破裂	R	L.F	〃	R	U	子宮癒着繁殖力無
6	13	6	難産	R	L.F	procain2%sol.	R	U	繁殖力無 廢用
7	5	1	過胎仔	L	R.F	〃	R	P	
8	4	1	難産 頸管狹窄	R	L.F	procain2% sol. xylazine2% sol.	R	P	
9	5	2	胎仔死 氣腫胎	S	R.F	procain2%sol.	R	U	
10	3	1	子宮捻轉 頸管狹轉	R	L.F	〃	R	U	賣却
11	5	3	子宮捻轉	R	L.F	〃	D	−	手術후死(1時間)
12	3	2	頸管狹空 氣腫胎	S	L.F	procain2% sol. xylazine2% sol.	R	−	手術후 四胃右方捻轉 廢用

Note : S…… 起立 保定　　R……治癒
R……橫臥保定(右側)　　D……死
L.F…左上膁部　　U……廢用
R.F…右上膁部　　P……姙娠

臨床獸醫. 1987(奧田 勝)

ture를 시행한다.

5) 症 例

表1에서와 같이 帝王切開術를 실시한 12頭의 概要는 年齡이 3～13歲 産次는 初産牛 4頭, 2産 3頭, 4産 2頭, 6産 2頭이었다.

病名은 胎仔死(氣腫胎) 2頭, 子宮捻轉 2頭, 이와 併發한 子宮破裂, 頸管狹窄 및 氣腫胎가 각각 1頭로서 3頭였으며 畸形, 難産 및 過胎仔가 3頭였다.

保定法은 起立保定이 4頭, 右側橫臥가 7頭, 左側橫臥가 1頭였다.

切開部位 左側과 右側上膁部의 比는 10 : 2였으며 麻醉法 塩酸 procain麻醉와 xylazine併用한 例가 8 : 4의 比率이었다. 轉歸에 있어 治癒 8頭, 斃死 3頭, 廢用이 1頭였으며 治癒한 8頭중 3頭는 姙娠되었고 5頭는 不姙으로 廢用되었다.

6) 術 式

帝王切開術의 요령은 종전에는 成書에 기재된 방법 Arthur法에 의하여 시술되었으므로 여기에서는 생략한다.

7) 結 論

胎仔가 産道經由로서 娩出할 수 없다고 진단되었을 때 切開하는 것이다. 그러나 手術對象이 되는것은 母牛가 手術에 견뎌내는 体力을 가질것과 子宮과 産道에 損傷이 없어야하고, 分娩開始에서 長時間 經過하지 않는것이 중요하다.

그러나 우리가 難産에 부딪칠 때 그 대부분은 여러가지 수단에 의하여 助産이 가능하게 된다. 帝王手術의 적응증으로 되는 경우는 장시간 難産救助를 시도하고 産道나 子宮에 損傷을 주고난 다음 手術하는 것이 보통이다. 이번에 症例로 든 여러 難産處置한 것들은 初診에서 조속한 시기에 帝王術適應症으로 診斷하여 早期에 실시한 것은 예후가 양호하였다. 그리하여 子宮내에 세균감염이 되었을때는 惡露가 腹腔내로 들어가지 못하게 주의해야한다.

母子를 안전하게 助産하기 위하여 과도한 觸診과 장시간의 難産救助에 의하여 産道, 子宮등에 損傷을 주지 않아야한다. 分娩開始의 정확한 발견, 異常한것은 初期에 帝王切開의 적응증 여부를 診斷한다. 적응증에 대하여는 早期의 결단과 실행이 되지않으면 技術의 向上은 물론 높은 치료율을 얻을 수가 없다고 생각한다.