<간호사례보고>

만성 신부전 환자의 간호 사례연구

심 문 숙
(이대부속병원 내과간호사)

—목 차—

Ⅰ. 간호사정
1) 일반적 배경
2) 간호력
3) 현병력
Ⅱ. 간호진단 및 중재

Ⅰ. 간호사정

1) 일반적 배경

박××씨는 26세의 남자로 3형제중 장남으로 미혼이며, 약품제조 공장에 다니고 있고 교육정도는 고졸, 종교는 없으며, 경제상태는 중정도이다.

평소 성격이 조용하고 내성적인 편이었다. 가족병력과 과거병력에는 특이사항이 없다.

2) 간호력

(1) 호흡 : 호흡수는 20회/min이었으며 호흡에 불편감이 있었다.

(2) 영양과 배설 : 체중은 65.5kg이고 일반적 외모는 chronic ill looking app., puffy face였고 평소 식습관은 규칙적으로 1일 3식하지만 좀 짜게 먹는 편이었다. 배뇨빈도 및 특색은 1일 5~6회이며 평소보다 소변양이 조금 줄어 들었다.

(3) 활동 및 운동범위 : 활동에는 제한이 없었다.

(4) 수면 : 수면시간은 1일 5~6시간이었으며 insomnia가 있었다.

(5) 피부상태, 피부색 : 누르스름하고 창백하였다.

(6) 음주, 흡연은 안함.

3) 현병력

1989년 5월 25일부터 6월 15일까지 만성 신부전증(Chronic Renal Failure) 진단하에 22일간 입원한 26세된 남자 환자를 대상으로 간호사례연구를 하였다.

본 26세된 남자 환자는 내원하기 전까지는 비교적 건강하였으나 20일전부터 전신허약감, 피로, 불면증이 있어 local clinic을 방문, 신장질환 의심되어 10일간 치료받다가, 내원 2일전부터 오심, 호흡곤란, 전신허약감이 더욱 심해져서 1989년 5월 25일 본원 응급실을 경유하여 입원하였다.

입원시 의식은 명료하였으며, 활력증후는 체온 : 36°C, 맥박수 : 72회/min, 호흡수 : 20회/min, 혈압 : 180/110mmHg이었다.

검사소견은 다음과 같다.

	〈입 원 시〉	〈입원 8시간후〉	〈Hemodialysis후〉	〈퇴 원 시〉
• CBC				
Hb/Hct	4.5/15.2	6.6/18.3	5.1/13.3	6.1/17.5
WBC	5,300	3,300	3,200	3,100

• ABG								
PH	7.157		7.235		7.271		7.393	
PCO_2	36.5		34.1		33.7		37.8	
PO_2	84		97		94		94	
HCO_3^-	13.0		14.6		15.7		23.2	
BEb	−14.0		−11.0		−9.5		−1.8	
• Urine Analysis								
Protein	3+		3+		3+			
WBC	5~7		5~7		3~5			
BLD	1+		1+		1+			
RBC	3~5		3~5		5~7			
• 24hrs. urine								
Protein	2,432mg/day						2,400mg/day	
Creatinine	200mg/day						138mg/day	
• 생화학 검사								
T.P, Alb	5.6	3.7					5.1	3.1
BUN, Cr	100이상	15이상			124	21.8	52	8.3
Na, K	129	8.4	131	6.7	132	5.0	134	5.0
Ca, P	4.9	10이상			6.2	10.1	8.4	6.7

- Chest PA: Cardiomegaly
- EKG: Normal Sinus Rhythm
- SONO: End Stage of Renal Disease

II. 간호진단 및 중재

#1. 호흡곤란으로 인한 안위의 변화(comfort, alteration in: dyspnea mod)

목 표

- 장기목표…호흡곤란으로 올 수 있는 위험없이 건강을 유지할 수 있다.
- 단기목표…호흡하기가 편안하다고 말한다.

계 획

① 호흡의 양상, 횟수 확인
② 편안한 체위를 취해 준다.
③ 필요시 산소흡입하도록 한다.
④ 필요시 처방된 약물 투여(bronchodilators, diuretics)
⑤ 필요한 검사를 시행한다.
⑥ 섭취량과 배설량을 측정한다.

중 재

Semi-Fowler's position을 취해 주었고 산소흡입(3ℓ/min)을 하도록 했으며 diuretics가 투여되었다. 혈액가스 측정, 전해질 측정, Chest PA, 심전도 등을 시행하였고 대사성 산성증을 조절해 주었다.

평 가

입원 12시간 후에 호흡하기가 조금 편안해지는 것 같다고 했으며, 입원 3일째부터는 산소흡입 없이도 호흡하기가 편안하다고 말하였다. 대사성 산성증이 조절되었으며 혈액내 산소분압(PO_2)이 상승하였다.

#2. 투석식이에 대한 적응 장애(Adjustment, impaired)

목 표

- 장기목표…적절한 식이요법으로 영양결핍없이 치료식이에 적응한다.
- 단기목표…① 음식섭취 의지가 생기며, 치료식이가 먹을만하다고 말한다.
② 환자나 보호자가 치료식이의 필요성을 알게 되었다고 말한다.

계 획

① 오심, 식욕부진등 식이 부적응 요인이 있는지 알아본다.
② 섭취량과 배설량을 조사

③ 체중을 측정한다.
④ 식사시 편안한 환경을 제공한다.
⑤ 환자와 가족에게 투석식이의 필요성, 식이제한(저염, 저K, 저단백)에 대한 교육
⑥ 좋아하는 음식, 싫어하는 음식 파악하고, 단백질 제한식이로 부족되는 열량을 위해서는 충분한 열량섭취를 위해 대치음식을 교육
⑦ 충분한 수면과 안정
⑧ 영양사와 면담이 이루어지도록 함

중 재

저염, 저단백(salt 5g, protein 40g)의 제한된 식이로 섭취량이 적었다. 오심, 식욕부진 조절을 위해서 식이는 소량씩 자주 섭취하도록 하였고 식사시에 환자가 편안하다고 느끼는 체위를 취해 주고 자극적인 냄새나 불쾌한 환경을 피하기 위해서 병실환기를 자주 하고 주위환경을 정리해 주었다. 가능한 가족과 함께 식사할 수 있도록 하였고, 단백질 제한에 있어서 불필수 아미노산인 육류, 생선을 피하고 필수 아미노산인 달걀과 우유의 섭취를 권유하였다.

치료식이에 대한 적응을 돕기 위해 영양사와 면담 약속을 하여 병실에서 식이 상담이 이루어졌다.

평 가

질병과정에 올 수 있는 오심, 식이부진등 신체증상에 대한 이해를 하게 되고 ④,⑦수행으로 다소 조절될 수 있었다. 평소에 조금 짜게 먹는 편이었으나 식이교육 후에 식이제한의 필요성을 알게 되었고 치료식이의 반이상을 섭취하게 되었다. 가족과 함께 식사를 하도록 하는 등 가족들의 협조가 도움이 되었다.

#3. 수술(Shunt op.)로 인한 불안(Anxiety, mod)

목 표

- 단기목표…수술전 간호후 2시간 이내에 수술에 대해 이해하고 수용할 수 있다.

계 획

① 불안의 정도, 양상 파악
② 신부전(C.R.F)에 대한 교육과 더불어 지속적으로 투석을 실시해야 함에 따라 shunt수술이 필요함을 설명
③ 수술전 간호(pre operation care) 시행(본원 간호 업무지침서에 용어 정의되어 있음)

중 재

수술에 대한 자신의 느낌을 말로 표현하도록 격려했으며 shunt수술의 필요성을 설명해 주었다. 수술전 간호를 시행하였다.

평 가

Shunt의 필요성을 알게 되었으며 수술에 대해 이해하고, 수술의 준비과정에 협조적으로 참여하였다.

#4. 장기적 치료로 인한 부적절한 대응(coping, ineffective)

목 표

- 장기목표…개인적, 가족적, 사회적 적응을 가져온다.
- 단기목표…변화된 체형, 역할을 어느정도 수용할 수 있게 된다.

계 획

① 생활방식에 있어서 변화, 체형의 변화, 역할수행에 변화가 따를 수 있음을 설명
② 투석에 대한 정확한 지식 교육
③ 식이요법(저염, 저K, 저단백) 및 수분관리에 대해 설명
④ 상용하는 약의 정기적 검토에 대해 교육
⑤ 합병증, 감염예방에 대해 교육
⑥ Shunt 관리법에 대해 설명
⑦ 가족구성원의 배려가 중요함을 설명
⑧ Psychological support

중 재

정기적인 투석계획을 받아들이고 자신의 이미지를 수용할 수 있어야함과 이에 따라 개인, 가족내, 사회적 역할에 변화가 올 수 있음을 설명해 주었다. 식이요법에 대한 교육후, 본원 투석실에 비치된 책자와 투석관리자료, 여러교재, 문헌을 토대로 환자 상황을 고려하여 알아보기 쉽도록 정리해 주었다. 항상 처방된 약만을 복용하되 정기적으로 검토하도록 하고 저항력이

〈35페이지에서 계속〉