

지주막하 출혈환자의 간호사례보고

이 경 희
(한라전문대학 간호과)

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

고혈압은 성인병의 하나로 우리의 건강생활을 위협하는 일반적인 위험인자로 자리를 잡았고 사람들은 이를 평생 조절하며 건강한 삶을 추구하고자 노력하고 있다. 즉, 고혈압의 진전으로 발생하는 그후의 심각성이 삶을 망치고, 본인 뿐만 아니라 주변의 사람들을 힘들게 하기 때문에 주의를 요하며 조심스럽게 살고 있다. 고혈압으로 발생하는 뇌출혈은 뇌혈관이 터져 뇌와 그 주위 조직으로 출혈이 되는 경우로 출혈은 뇌졸중의 원인이 되며 이러한 뇌혈관질환의 발생빈도는 심장질환, 암 등과 함께 높은 사망의 원인이 되고 있다(서문자외, 1996, 전시자의 1996). 이는 질환의 심각성을 말하는 것이며 이에 따른 간호 역시 세심한 주의를 요하는 질환임을 알 수 있다. 따라서 간호의 질을 높여 생명을 구하고 생명을 경시하지 않으므로써 간호사의 역할을 충실히 행하며 간호사로서의 자부심을 느낄 수 있을 것이다. 간호사의 일일 돌봄에 기초를 두고 끊임없이 반복적인 돌봄을 계속하지만 질환의 종류에서가 아닌 개인을 존중하므로 그에 대한 고유한 간호가 나온다. 또한 간호는 24시간 연속적인 작업이므로 간호사끼리의 연결성도 환자의 회복에 중요한 영향을 미친다.

결국 간호에 있어 개인의 고유성을 두지만 표준화된 모델이 필요하다. 이에 사례연구가 필요하며 개인별 질환별 증상별 사례보고는 앞으로의 간호 실무 발전에 이론적인 기여를 할 것이다. 따라서

본 사례연구에서는 뇌출혈환자 중 지주막하 출혈로 진단을 받고 수술 2일째의 환자를 대상으로 하여 간호진단을 적용하여 하나의 모델을 만들어 다른 뇌출혈환자 및 유사 질환자에게 적용될 수 있는 자료가 되고 고혈압환자 및 그 가족을 위한 교육자료가 되고자 한다.

II. 뇌출혈 환자의 간호

출혈은 뇌조직의 혈액공급에 변화를 초래하는 요소이며, 뇌혈관 폐쇄성 질환을 초래하는 위험요소이다.

뇌내 출혈(intracerebral hemorrhage)이란 뇌조직에서의 출혈로 고혈압 대상자와 대뇌의 죽상경화증 대상자에게 가장 흔히 생긴다. 이는 이런 질환들의 퇴행성 변화가 혈관의 파열을 야기하기 때문이다. 뇌졸중은 대개 40~70세에 빈번하다. 40세 미만의 사람에게 발생하는 두개내 출혈은 보통 동·정맥 기형이나 혈관아세포종때문이다.

출혈은 뇌졸중 환자의 15%의 원인이 되고 있으며, 뇌내출혈은 50대 이후의 사람들에서 동맥경화증과 고혈압에 의해서 가장 흔히 발생되고 있다. 출혈에 의한 뇌손상은 회복 후 막대한 기능 장애를 초래하며 질병의 회복기간도 가장 느리다. 대개 출혈이 동맥경화증성 고혈압 혈관의 파열에 의하기 때문에 출혈량은 상당히 많으며 뇌혈관 질환의 가장 흔한 사망 원인이 되고 있다. 모든 뇌혈관 질환의 약 10%가 거머막하에 위치하는 주요혈관

의 동맥류 파열에 기인되고 있다.

출혈은 고혈압에 의해 지주막하 출혈, 두개내 출혈을, 두개골절로 경막하 출혈, 경막하 출혈을, 동맥류 파열로 지주막하 출혈, 뇌동정맥 기형에 의해 지주막하 출혈, 경막하 출혈을, 응고기전 결함과 뇌허혈에 의해 발생한다. 또 뇌내출혈(intracerebral hemorrhage)은 출혈부위에 따라 경막상 출혈, 경질막하 출혈, 거미막 출혈 및 연질막하 출혈(뇌조직내 출혈) 등이 있다. 뇌졸중의 흔한 원인인 뇌출혈은 경막상 출혈(경마가 바깥쪽), 경막하 출혈(경막 바로 아래), 지주막하 출혈 또는 뇌내 출혈(뇌조직 내부)이 생기기도 한다.

경막상 출혈은 긴급한 처치를 요하는 응급상황으로 보통 중대뇌 동맥이나 그외 다른 뇌막동맥의 파열을 동반한 두개골 골절시에 생긴다. 만약 사고 후 몇 시간 이내에 치료를 받지 못한다면, 생명이 위협하다.

경막하 출혈은 기본적으로 경막상 출혈과 같으며 경막하 혈종은 대개 연결정맥의 파열로 인해 생긴다. 혈종이 형성되어 뇌에 압력을 가하기까지는 좀더 오랜 시간이 걸린다.

지주막하 출혈(지주막 아래쪽 공간에 생긴 출혈)은 손상이나 고혈압으로 생길 수 있으나, 가장 흔한 원인은 Willis환에 생긴 동맥류의 누출과 선천적인 대뇌 동정맥 혈관의 기형으로 뇌속에 있는 모든 동맥은 뇌동맥류의 발생 가능성이 있다. 지주막하 출혈의 흔한 합병증은 교통성 수두증으로 출혈과 동시에 발생하거나 몇 주 후에 발생할 수도 있다. 이것은 지주막 융모로부터 정맥동으로 들어가는 뇌척수액의 통로가 막히거나 흡수가 잘 되지 않아 발생한다. 이는 지주막하 출혈시 생긴 혈액에 의해서 뇌척수액의 순환이 막히게 되기 때문이다.

또 뇌동정맥기형에서의 출혈 증상은 지주막하 출혈이 가장 일반적인데(15%), 동맥류 파열로 인한 지주막하 출혈보다는 덜 위험하다. 기형부위에서 심한 뇌내출혈이 나타날 수 있는데, 이때에는 구토, 참기 어려운 두통, 의식 상실 등이 동반된다. 경한 출혈시에는 실어증과 반신부전을 일으키게 된다. 10~15%의 대상자는 발작 후에 갑작스

러운 마비가 오며, 같은 비율로 점진적인 마비가 나타난다. 뇌간에서 발생하는 큰 출혈시에는 혼수에 빠지거나 사망 할 수도 있다. 약 절반 가량의 대상자는 기형부위에 불규칙한 편두통을 자주 호소하며, 시력장애, 구토를 동반한다. 이 두통은 약 20%정도의 대상자에게 무력감과 참을 수 없을 만큼의 통증을 일으킨다. 기형 주위의 뇌조직 허혈은 치매, 부전, 일시적인 실신, 어지럼증, 현훈을 초래한다.

출혈은 주로 동맥에서 생기며, 특히 뇌기저 신경절(basal ganglia) 주위에서 발생한다. 두개내 출혈의 또 다른 원인으로 특정 종류의 동맥 병변, 뇌종양, 약의 복용(경구용 항응고제, 아스피린, 여러 마약성 약제) 등을 들 수 있다. 임상증상과 경과는 주로 출혈부위와 대뇌손상의 정도에 달려 있다. 종종 출혈현상이 측뇌실의 벽을 파열시켜 뇌실내의 출혈을 야기하기도 하는데, 이는 대개 치명적인 상황이 된다.

뇌출혈의 증상은 뇌조직이나 뇌신경을 압박하므로써 나타나는 것과 혈관이 파열되어 나타나는 증상으로 나누어 볼 수 있다. 예를 들면 시력 손상, 동공산대, 복시 등이 있고 두통, 의식 혼돈, 현기증 혹은 현훈, 구토, 경련 등이 있다. 출혈은 보통 갑작스럽게 시작되며, 심한 두통을 동반한다. 혈종이 커가면서 의식저하나 활력 증상의 변화가 나타난다. 출혈이 제한되고 그 진행이 느릴 때에는 특징적인 뇌압상승이 나타나지 않을 수 있다. 반대로 점차 시간이 흐르면서 전반적인 증상이 나타날 수도 있다. 출혈의 초기 단계에서 두드러진 의식저하(혼미/무의식)가 있다면 보통 부정적인 예후를 뜻한다.

진단으로 요추천자는 CT 촬영 전에 지주막하 출혈을 확인할 수 있는 주요 진단방법이다. 출혈이 아주 최근에 있었다면 혈액이 섞인 뇌척수액을 볼 수 있고, 6~12시간 전에 출혈되었다면 황색을 띠게 된다. 적혈구가 파괴되어 bilirubin이 방출되면 뇌척수액은 황색이나 벗짚색으로 변한다. 이런 경우 뇌척수액의 세포 수와 단백질도 증가한다.

지주막하 출혈의 진단은 요추천자에 의해서 확신될 수 있다. CT촬영은 지주막하 출혈이 있는 대

상자의 진단과 치료에 중요한 도움이 되며, 경막하혈종과 뇌내혈종을 감별한다. 조영제를 사용하지 않고도 뇌저내의 혈액유무를 확인하여 지주막하출혈을 진단하게 된다. 그의 검사로는 두 개골 X-ray와 초음파 촬영술이 있으며 뇌혈관촬영술(angiography)에 의해서 결정적인 진단이 가능하다. 거미막밑 출혈이나 파열된 동맥류의 치료는 의사에게나 간호사에게 가장 어려운 문제이다.

치료목표는 생명을 보존하는 일과 재출혈을 예방하는데에 있다. 따라서 대증적 요법이나 외과적 요법이 일반적으로 적용되고 있다. 두개내 출혈의 처치에는 여러 가지 방법이 있다. 출혈이 작을 경우에는 대증적이고 보존적인 치료를 한다. 대상자의 혈압은 항고혈압제를 사용하여 조심스럽게 조절한다. 혈압이 갑자기 떨어지거나 너무 낮아지면 대상자의 신경학적 증상이 더욱 심해질 수 있다. 가장 효과적인 치료 형태는 고혈압성 혈관질환을 예방하는 것이다.

뇌출혈환자의 간호를 보면, 뇌동맥류 파열로 인한 지주막하 출혈 대상자의 40~50% 정도가 치료를 받기 전에 조절할 수 없는 출혈로 사망한다. 따라서 절대 침상안정으로 침상의 머리쪽을 20~30° 상승시켜 주어 두개내압을 감소시킨다. 조용하고 어두운 환경을 유지하여 주고 절대안정을 취하게 한다. 환자의 활력증상은 자주 측정하며 호흡상태를 파악하여 적절한 산소공급을 하여주고 무산소성 뇌조직장애 또는 뇌부종을 예방하도록 한

다. 신경학적 결손을 악화시키는 증상은 즉시 보고한다. 불안정, 혼돈, 의식수준의 감소 등이 중요하다. 재출혈의 가장 중요한 증상 및 증후로는 심한 두통, 수축기압의 상승과 뇌막자극 증상이다. 그의 신경학적 기능으로는 운동기능 약화, 동공크기와 기능의 변화, 연하곤란 등이 있다. 모든 증상의 변화 및 간호행위는 기록으로 남긴다. 환자는 배변시에 힘을 주므로써 뇌압 상승의 위험이 따르기 때문에 경한 완화제 사용 및 배변조절을 하도록 한다. 간호사는 환자의 혈압에 주의를 기울이므로써 혈압상승으로 인하여 파열된 동맥류로부터 더 이상의 출혈이 일어나지 않도록 한다. 대상자에게 철저한 위생 및 섭생을 제공한다. 재출혈을 예방하는 예방법의 중요성에 관해 교육하고, 방문객을 제한하며, 필요시에는 짧은 시간동안만 면회를 허용한다. 긴장을 증가시키는 외적인 자극, 즉 전화사용, TV시청, 흡연 등은 피한다. 관장은 금한다. 약물요법에는 최근 항섬유소제인 epsilon-aminocaproic acid를 많이 사용하고 있다. 이 약물은 경구적으로 혹은 비경구적으로 투여되며 이 약물은 응고장애가 있는 사람에게는 금기이다. 다음으로 중요한 것은 뇌압상승에 대한 관찰이다. 이에 대해서는 수분제한이나 dexamethasone의 투여 및 혈액내의 탄산가스분압의 조절이 요구된다. 그의 대증적 치료로는 seizure를 예방하기 위하여 Dilantin의 투여와 두통과 목의 동통을 예방하기 위하여 진통제의 투여를 들 수 있다.

III. 간호사례

1. 자료수집

사 려	
일반적 배경	키 160cm, 몸무게 68kg의 76세 여자환자인 김○○씨는 3년전 남편 사망 이후 혼자 살고 있으며 4남 3녀의 자녀들은 집 근처에서 따로 살고 있고, 일이 있을 때만 자녀들이 찾아와 돌본다고 한다. 입원으로 생긴 문제는 자식들이 모두 직장이 있기 때문에 큰머느리만 병간호를 하게 되어 교대나 지속적인 병간호가 힘들고 가정살림을 꾸리기 힘들다고 하였다.
입원경위	평상시 활발한 생활을 하였으나 고혈압이 있었으며 이틀전 집들이를 한 후에 많이 힘들어 하며 두통을 자주 호소하고 근래에 계속 피로하다며 집에서 안정을 취하고 있었다. 입원당일 새벽 3시쯤 이웃집 동생에게 머리가 아프니 좀 와달라고 하여 가보니 방에 쓰러져 있는 것을 119를 통해 응급실로 입원하게 되었다. 응급실 도착시 이미 의식이 소실된 상태였고 곧바로 응급수술을 시행하였다.

사 려	
진단명	지주막하 출혈 (Subarachnoid Hemorrhage)
수술명	Rt. frontal · temporal craniotomy Rt. temporal lobectomy ICH removal
의식 상태	Stupor
현재력 및 주호소	vital sign 210/110 - 79 - 24 - 36.5 Pupil reflex -/- ●/● 무호흡으로 기관내 삽입관과 인공호흡기계를 하고 있으므로 구강점막과 혀바닥이 건조해 있으며 구취가 심하다. 전반적으로 부어 있으며 오른쪽 눈의 눈꺼풀을 열기가 힘들며, 왼쪽 눈도 조금 부어있는 상태로 손, 발에 부종이 있다. Rt. hemiplegia가 있으며 자극에 전혀 반응이 없고, 왼쪽 편은 반응을 보이거나 미약하며 사지에 강직이 있다. coccyx, back 부위에 발적되어 있어 욕창의 우려가 있다. 유치도뇨관을 하고 있는 상태이며 아직 감염증상은 보이지 않고 있다.
과거력	30여년전에 갑상선 수술을 하였으며 10여년전에는 간염으로 입원을 하였고 30년전부터 고혈압을 앓아왔다. 그러나 특별하게 치료를 받은 적은 없으며 보건진료소에서 주는 약을 먹었고 자주 쉬는 편이었다.
가족력	남편은 CVA로 3년전 사망했으며 큰딸은 40여년전 가난으로 인해 원인도 모르고 죽었으며, 둘째 아들도 교통사고로 8년전 사망 함.
검사소견	일반혈액검사 : Hemoglobin 10.8 (참고치 12~17 gm/dl) Hematocrit 31.9 (참고치 36~52%) Bleeding time 3' 30" (참고치 1~4 min) Coagulation time 8' 00" (참고치 5~10min) 노비중 1.003 혈액가스분석 검사 : pH 7.499 PCO ₂ 22.5 PO ₂ 128.5 HCO ₃ 17.4 생화학 검사 : Sodium 139 (참고치 135~145 mEq/l) Potassium 2.4 (참고치 3.6~5.0 mEq/l) Chloride 102 (참고치 101~112mEq/l) Calcium 8.5 (참고치 8.5~10.5 mg/dl) Total protein 4.7 (참고치 6.0~8.3 g/dl) Albumin 2.6 (참고치 3.5~5.3 g/dl) BUN 5.0 (참고치 7~18 mg/dl) Creatinine 0.5 (참고치 0.7~1.5mg/dl) GOT 103 (참고치 9~48 u/l) GPT 28 (참고치 5~49 u/l) CT촬영 : 4cm size ICH, RT, with mass effect, diffuse SAH 진단 방사선 검사 : Chest X-ray: prominent aorta no active lung cesion

2. 간호진단

- | | |
|--------------------------------|---|
| #1. 뇌압상승, 뇌부종으로 인한 조직관류의 변화 | #5. 신경혈관계 압박과 관련된 통증 |
| #2. 의식수준 저하와 관련된 호흡 기능 부족 | #6. 위기상황에 대한 가족기능의 비효율성 |
| #3. 혈액의 산소운반 능력 변화로 인한 가스교환 장애 | #7. 신경계 질환으로 인한 신체 운동 장애 |
| #4. 조절기전의 장애로 인한 체액량 과다 | #8. 기관내 삽입관의 압박, 마찰 및 구강건조와 관련된 구강점막 손상 |

9. 부동, 압박, 감각 및 운동장애와 관련된 피부 손상 가능성

#10. 감각일탈에 의한 감각지각의 변화

3. 간호계획 및 중재, 평가

#1. 뇌압상승, 뇌부종으로 인한 조직관류의 변화

간호목적/목표 : 편안한 환경을 제공하므로써 뇌수술로 인한 뇌압상승과 뇌부종에 영향을 줄여 재출혈의 발생을 막고 뇌기능의 회복을 도모한다.

간호계획 및 중재 :

- ① 정신상태의 변화, 전해질 불균형 징후를 관찰한다.
- ② 감각과 운동 기능 변화를 사정한다.
- ③ 환경을 조용하게 유지한다.
- ④ 두개내압상승의 증상을 관찰한다 : 의식저하, 두통, 구토, 경련, 고혈압, 서맥, 유두부종, 동공의 변화, 운동·감각기능 손실, 불규칙한 호흡
- ⑤ 순환과 정맥 분비를 증진하기 위하여 침대의 머리쪽 부분을 올리고, 머리와 목을 중앙 혹은 중립 위치에 놓으며 머리의 굴곡, 신전 또는 회전을 피하고 자연스런 자세를 유지한다.
- ⑥ 수분을 억제한다.
- ⑦ 처방된 대로 삼투성 이뇨제를 주입한다.
- ⑧ 흡인시 조심스럽게 행한다.

간호평가 : 현재는 의식이 혼탁하며 반응이 떨어진 상태이나 더 이상의 의식 및 반응소실이 없도록 관찰을 계속하고 있으며, 수분이 억제된 상태에서 이뇨제의 사용으로 인한 배설량의 불균형에 주의를 하고 있다. 특히 흡인시 단시간에 효과적으로 할 수 있는 간호기술을 제공하며 안정을 취하는데 최선을 다하고 있다.

#2. 의식수준 저하와 관련된 호흡기능 부족

간호목적/목표 : 기도개방성과 적절한 환기를 이루고 유지하므로써 자기호흡을 유도하고 인공호흡기의 적절한 기능이 유지되도록 관찰을 한다.

간호계획 및 중재 :

- ① 환자의 호흡상태를 사정한다 : 호흡수, 리듬, 규칙성, 흉곽확장, 청색증 유무, 호흡곤란 유무, 피부의 색깔과 상태 등
- ② 기도를 유지하고 호흡 분비물을 제거하기 위해 무호흡에 주의하며 기관내 삽입관을 무균적으로 흡인을 한다. 흡인시 뇌압상승에 주의를 한다.
- ③ 기관내 삽관 간호를 한다.
- ④ 생리적 심리적으로 최대한 호흡할 수 있도록 침상 머리를 올린다.
- ⑤ 부동이므로 규칙적으로 자세를 바꾸어 주며, 최대의 폐확장과 기도내 분비물 배출을 용이하게 할 수 있는 체위를 취해 준다.
- ⑥ CBC, AGBs, X-ray 결과를 사정한다.
- ⑧ PCO₂상승, PO₂감소 등 매일 변동사항을 측정한다.
- ⑨ 적어도 4시간마다 혹은 설정된 기준에 따라 인공호흡기계의 상태를 점검한다 : Setting, 튜브연결, 가습장치, 물고임 등
- ⑩ 기도내 분비물 배출을 도모하기 위해 체위배액법, 타진, 진동법을 실시 한다. 객담의 양, 냄새, 정도를 관찰한다.
- ⑪ 처방에 따라 습도가 조절된 산소를 투여한다.

간호평가 : 검사결과를 토대로 하여 지속적인 호흡양상을 사정하며, 원활한 가스교환을 위해 기관내 삽입 흡인을 뇌압상승을 고려하며 시행하였으며 인공호흡기의 기능에 의존되어 있으므로 이의 기능이 잘 유지되도록 점검하였다.

#3. 혈액의 산소운반 능력 변화로 인한 가스교환 장애

간호목적/목표 : 산소분압과 이산화탄소 분압이 정상치를 이룰 수 있도록 한다.

간호계획 및 중재 :

- ① 호흡수와 깊이, 호흡부족근의 사용여부, 전신적인 청색증 부위를 확인한다.
- ② 호흡음을 청진하여 인공호흡기계의 작동 여부를 확인한다.
- ③ 활력징후와 심박동을 확인한다.
- ④ ABGs, CBC, 흉부 x-ray를 확인한다. 동맥혈가스분압은 산소분압 80mmHg 이상, 이산화탄소 분압 25~30mmHg가 되도록 과도환기를 유도한다.
- ⑤ 기도를 유지하고, 침대 머리를 올리고 폐확장이 잘되는 체위변경으로 최대한 흉곽을 팽창시키고 분비물의 배설을 증진시키며 흡인시 주의한다.
- ⑥ 수분섭취 및 배설을 적절히 유지하며 수분이 과부하되지 않도록 한다.

간호평가 : 호흡기능 부족과 함께 간호를 병행을 하였고 동맥혈분압검사결과 산소분압이 100mmHg 이상, 이산화탄소 분압이 20~30mmHg를 나타내었다.

#4. 조절기전의 장애로 인한 체액량 과다

간호목적/목표 : 부종은 혈압을 상승시켜 재출혈을 일으킬 수 있으므로 이를 방지하기 위해 체액량을 감소시킨다.

간호계획 및 중재 :

- ① 부종증상을 관찰하고 피부간호를 실시한다 : 눈꺼풀, 소, 발, 전신 부종 등
- ② 수액주입량과 속도를 주의하여 관찰한다.
- ③ 배뇨양상과 양을 주시한다.
- ④ 욕창이 생기기 쉬운 피부와 점막을 사정한다.

- ⑤ Hb, Hct, 소변비중, 단백질과 전해질, BUN, creatinine, Sodium배설, 흉부 x-ray를 확인한다.
- ⑥ 수분섭취량과 배설량을 정확하게 기록하고 균형을 계산한다.
- ⑦ 부종이 있는 사지를 올리고 체위를 변경한다.
- ⑨ 이뇨제를 사용하므로 칼륨치를 정확히 파악한다.

간호평가 : 수액주입량을 하루 2000cc로 제한하였으며 이뇨제의 사용으로 배설량의 과다배출에 주의를 하며 활력징후를 관찰하였다. 또한 부종으로 인한 욕창발생이 있는 부위에 피부간호를 적용하였다.

#5. 신경혈관계 압박과 관련된 통증

간호목적/목표 : 의식이 혼탁한 상태로 통증의 호소는 없으나 뇌압상승에 의해 불편감이 있음을 짐작하여 통증으로 인한 활력징후의 이상을 줄이도록 한다.

간호계획 및 중재 :

- ① 비언어적 신호(얼굴표정)에 주의한다.
- ② 활력징후를 관찰한다.
- ③ 조용한 환경과 조용한 활동을 제공한다.
- ④ 처방대로 진통제를 투여한다.
- ⑤ 지속적으로 신경학적인 상태를 관찰한다.

간호평가 : 진통제의 사용후 30분 이내에 혈압이 160/100mmHg, 맥박이 82회로 떨어지는 변화를 보였다. 환자의 상태에 따른 처방된 진통제의 지속적인 투여가 필요하다.

#6. 위기상황에 대한 가족기능의 비효율성

간호목적/목표 : 환자의 입원으로 인한 가족대처능력의 변화를 사정함으로써 가족들에게 장기적인 돌봄이 필요함을 인지시키고 해결할 수 있는 방법을 이끌어 낸다.

간호계획 및 중재 :

- ① 가족구성, 가족기진, 가족대처행위, 가족의 의사소통의 질, 현재문제로 인한 가족의 효율성을 사정한다.
- ② 가장의 역할을 담당할 수 있는 가족구성원을 확인한다.
- ③ 가족에 대한 상황의 어려운점을 인정해 주고 지지적인 간호를 제공한다.
- ④ 내재하고 있는 원인을 토의하므로써 가족들이 환자의 행위를 이해하고 받아들이고 다룰 수 있도록 돕는다.
- ⑤ 가족과 친지들에게 특정한 질병과 상태에 대한 정보를 제공한다.
- ⑥ 간호계획에 친지들을 참여시키고 환자를 돕는데 필요한 기술을 배우도록 돕는다.
- ⑦ 적절하고 이용가능한 외적 자원에 대한 정보를 제공한다. 도움이 필요하면 적절한 자원에 의뢰한다.
- ⑧ 가족이나 환자에게 부담되지 않는 정규적 방문일정을 세우게 한다.

간호평가 : 큰 며느리가 돌봄의 책임을 지되, 낮 시간은 작은 며느리와 교대로 있고 저녁은 남편들이 번갈아 가며 지키고 밤에는 모든 형제와 며느리들이 하루밤씩 있기로 하였다.

#7. 신경계 질환으로 인한 신체운동 장애

간호목적/목표 : 재활간호의 일환으로 관절의 효과적인 운동을 시행하므로써 기능적 손상을 막는다.

간호계획 및 중재 :

- ① 의사가 출혈의 위험시기가 지났다고 결정하였을 때 운동을 시작해야 하는데 수동적인 관절운동(ROM)을 1일 2~3회 시행한다.
- ② 환자는 사지가 지지되고 신체가 똑바로 된 기능적 체위를 유지시키고 베개, 타월, 핸드롤, 손수건 등을 사용하여 신체정렬을 유지하도록 한다. 특히, 핸드롤(Hand roll)을 사용하여 손가락은 물건을 쥐고 있는 자세로

만들고, 손목을 펴주고 팔꿈치를 약간 굽혀 팔과 손의 기능적 체위를 유지한다.

- ③ 견고한 매트리스나 침대판을 제공하고 발판을 대준다.
- ④ 관절운동, 이동, 피부관찰, 기동요법에 대해 보호자를 교육시킨다.

간호평가 : 재출혈의 우려가 있으므로 뇌압상승이나 혈압을 상승시키지 않는 범위내에서 약간의 관절운동을 실시하였다.

#8. 기관내 삽입관의 압박, 마찰 및 구강건조 관련된 구강점막 손상

간호목적/목표 : 기관내 삽입관으로 인한 손상을 줄이고 구강건조를 막음으로써 구강점막의 손상이 없도록 한다.

간호계획 및 중재 :

- ① 매 근무마다 색깔, 습한 정도, 병소나 궤양 유무, 불편감, 모든 표면에 찌꺼기나 냄새 유무에 대하여 전 구강의 표면을 사정한다.
- ② 가슴기를 이용하여 습도를 올려준다.
- ③ 입술에 윤활제를 발라준다.
- ④ 구강간호를 자주한다.

간호평가 : 가슴기 사용과 시간마다의 구강간호로 구강건조를 막으며 기관내 삽입관의 압박과 마찰을 줄이기 위해 튜브를 움직여 공기가 유통이 되도록 하였다.

#9. 부동, 압박, 감각 및 운동장애와 관련된 피부 손상 가능성

간호목적/목표 : 욕창으로 인한 합병증의 발생을 막으며 원활한 순환이 이루어지도록 한다.

간호계획 및 중재 :

- ① 부드럽게 건조시키며 로션이나 윤활제를 발라 피부 위생을 철저히 지킨다.

- ② 발적되어 있는 Coccyx, back 와 뼈돌출 부위를 부드럽게 마사지하고 환자를 움직일 때 마찰이 일어나지 않도록 한다.
- ③ 피부 표면과 압박부위를 규칙적으로 검사한다.
- ④ 규칙적으로 체위를 변경시킨다.
- ⑤ 침구는 건조하게 유지하고, 젖은 침구를 즉시 갈아주며 침대에 주름이나 부스러기 등이 없도록 한다.
- ⑥ 순환을 증진하고 압박을 줄이거나 없애기 위하여 패드, 베개, 물침대, 공기침요를 사용하여 보호한다.
- ⑦ 붉어지거나 창백해진 부위를 관찰하여 즉각 치료한다.
- ⑧ 피부손상 촉진요인을 조절한다.
- ⑨ 환자와 가족에게 전반적 피부간호치료의 적용과 작용기전, 적절한 식이섭취의 중요성, 피부손상방지법에 대해 가르친다 : 손으로 문지르지 말고 두드려서 마사지하고 정기적으로 피부를 살피며 물, 태양, 냉, 바람에 오랫동안 노출시키지 않게 한다. 피부손상 징후(발적, 수포, 피부변색)를 알고 발견시 보고하게 한다.
- ⑩ 추위에 노출되면 혈관이 수축하기 때문에 보온에 관심을 갖고 따뜻하게 하며 압박받지 않도록 해준다.
- ⑪ 순환을 자극하기 위해 하퇴를 가볍게 맞사지한다.
- ⑫ 다리를 올려 놓도록 한다.

간호평가 : 부동의 상태이고 부종이 있으며 체중으로 인한 압박 등으로 욕창의 발생이 우려되거나 욕창방지 간호와 체위변경 등으로 아직은 손상이 없는 상태이나 계속적인 세심한 간호가 요구된다.

#10. 감각일탈에 의한 감각지각의 변화

간호목적/목표 : 감각지각의 변화에 대하여 포기하지 말고 감각을 유지할 수 있음을 환자에게 인식시킨다.

간호계획 및 중재 :

- ① 간단한 명령에 반응하고 말하는 능력, 통증 자극에 대한 반응과 그 반응이 적절한지, 즉각적인지 혹은 지연되는지를 사정한다.
- ② 뜨겁고, 차고, 무디고, 뽀족한 자극에 대한 감각과 신체 부위의 움직임과 위치에 대한 인식을 사정한다.
- ③ 간호를 할 때 촉각자극을 준다.
- ④ 간호사가 환자의 이름을 부르면서 대화한다.
- ⑤ 간호수행시에 말을 시킨다.
- ⑥ TV나 Radio를 청취하게 한다.
- ⑦ 환자와 이야기할 때 손을 잡는다.

간호평가 : 감각변화는 여전하지만 촉각, 청각, 시각의 인식을 계속시킨다.

IV. 결론 및 제언

이상의 지주막하 출혈환자의 사례를 살펴본 바, 이 환자의 경우는 수술후 2일째로 매우 심각한 상태에 있음을 알 수 있고, 현재로서는 신체적 간호에 치중되어 있다. 그와 더불어 가족들이 받는 위기감은 가족의 대처할 수 있는 효율성에서 알 수 있다. 항상 고혈압을 완화시키며 살고 있는 사람들에게는 뇌출혈이 어느 때건 발생할 수 있으며 매우 치명적임을 알 수 있다. 따라서 고혈압 환자에 대한 교육이 환자를 포함한 가족에게 까지 필요하며 이와같은 사례를 통하여 실제적인 교육이 있어야 한다.

또한 간호계획, 중재, 평가를 볼 때, 간호사는 계속적인 관찰과 사정, 체위변경, 흡인이 반복적으로 수행되고 있으며 이러한 행위의 결과는 단시간에 나타나지 않으며 궁극적으로 환자회복에 기초를 이루고 있음을 알 수 있다. 간호의 행위가 반복적이고 단순하다는 간호사 역할에 대한 회의는 다시 깊이 생각하여 볼 때, 뇌출혈로 무의식의 상태를 해매고 있는 환자에게는 얼마나 필요한 간호인지를 인식하여야 한다.

그리고 앞으로의 상태를 예측할 수 없는 환자에게 간호사는 끝까지 희망을 포기하지 않고 최선을

다하여 간호에 임하고 그 희망이 환자에게 전하여져 기적의 회생을 이룰 수 있는 환자와의 교감이 이루어져야 한다고 생각된다.

사례연구의 환자에게는 앞으로 현재의 신체적 문제외에 더 부가되는 신체적 합병증이 유발될 수 있으므로 이에 대한 예방대처가 필요하며 더불어 심리적 안정과 영적 간호가 이루어져야 하며 이는 가족에게도 수행되어야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

김이순 (1997). 뇌졸중환자의 희망, 간호학회지, 27(1), p.21~227
김조자 외 6인(1993). 간호진단과 간호계획, 서울:대한간호협회.
서문자 외 7인(1996). 성인간호학, 서울:수문사.

서울대학교병원(1994). 간호진단과 계획, 서울:서울대학교출판부.
이강이, 송경애(1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구, 26(4), p.853~867.
이은옥 외 5인(1989). 간호진단과 임상활용, 서울:수문사.
이은옥 외 6인(1994). 간호진단과 중재, 서울:서울대학교출판부
이향련 외 6인(1990). 간호진단 프로토콜, 서울:수문사.
전시자 외 4인(1996). 성인간호학, 서울:현문사.
전춘영 외 4인(1992). 간호계획지침, 서울:수문사.
최스미(1996). 뇌졸중 환자의 촉각 및 위치 식별감각 이상에 관한 연구, 간호학회지, 26(1), p.138~147.
최정신(1995). 간호진단과 이론적 근거, 서울:현문사.
최영희(1995). 간호진단과 중재, 서울:대한간호협회.
한윤복 외 6인(1995). 간호진단 - 진단분류의 이론과 실제 -, 서울:현문사.