

척추간판 탈출증 환자 간호

고 현 주

(고대 안산병원 3층 간호사)

차 례

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 문헌고찰

II. 본론

1. 사례의 소개 및 자료수집
2. 간호진단
3. 간호중재 및 평가

III. 결론

참고문헌

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

선진 산업사회일수록 교통사고가, 저개발 국가일 수록 추락사고가 가장 많은 원인이 되는 척추손상은 우리나라의 경우 최근 들어 산업사회로 발달하면서 교통사고가 약 45%로 가장 많고 그 다음이 추락으로 약 41%를 차지하고 있다. 이에 늘어나는 척추손상환자들의 빠른 회복과 사회로의 재적응, 재발 및 부작용을 최소화하기 위하여 본 연구를 계획하였다.

2. 문헌고찰

1) 척추간판 탈출증

(1) 척추간판의 해부학적 구조

척추간판(Intervertebral Disc)은 각 척추의 추체(Vertebral body)와 추체를 연결하는 구조로서 척추에 작용하는 충격을 흡수하는 일종의 충격 흡수 장치이며 척추의 각종운동 즉, 굴신 회전 및 측방 굴곡 운동을 가능하게 한다.

각 추간판은 중앙에 빈 고체성(semisolid)의 수핵(nucleus pulposus)과 이를 둘러싸고 있는 섬유륜(annulus fibrosus)으로 구성되고 이와 접하는 추체의 상·하 관절면과의 연골성 종판(cartilaginous end plate)으로 연결되어 있다.

중심부의 수핵은 Mucoprotein gel을 함유하고 섬유조직으로 구성되어 있어 섬유 제라틴성 조직(fibrogelatinous tissue)이고 이를 둘러싸고 있는 섬유륜은 섬유 연골성 조직(fibrocartilaginous tissue)으로 약12개의 동심성(concentric)인 섬유성 총판(lamella)으로 구성되어 있으며 추간판 외층을 형성하고 있다.

섬유륜은 전방에서는 전 종인대(anterior longitudinal ligament)에 후방에서는 후종인대(posterior longitudinal ligament)에 붙어있다.

연골성 종판은 수핵과 섬유륜을 감싸고 있고 전종인대와 후종인대는 추체사이에 있는 구조물의 안정성에 기여한다. 후종인대는 전종인대보다 폭이 좁으며 가운데 부분만 두텁고 외측부는 아주

얇아서 추간판의 후 외측부 (posterolateral portion) 는 이 인대의 보호 지지를 받지 못하고 있다.

추간판은 소아 및 청년기에는 혈관이 분포되어 있으며 소동맥과 소정맥이 연골성종판에 균등히 분포되고 있으나 30대에는 혈관이 없어지고 영양은 추체골수에서 확산작용에 의해 공급된다.

(2) 척추간판 탈출증의 병태 생리

노화로 인하여 후종인대와 접하는 부위에서 섬유륜의 긴장이 풀리고 틈이 생기며 주위 추체로부터 육아조직이 침입하게 된다. 그위에 나이가 들에 따라 섬유륜의 층판성구조 (laminar structure) 가 없어지고 수핵의 변성이 일어나면서 수핵의 수분이 감소되어 출생시의 88%에서 70%로 줄어들면서 수핵의 mucopolysaccharide (무코다-당류) 가 소멸되고 교원질 (collagen) 로 대체된다. 이러한 변화로 인해 추간판의 용적과 탄력성이 감소되어 압박에 대한 저항력이 약해진다.

이상과 같은 변성에 의하여 수핵은 탈수되어 굳어지고 섬유륜은 부분적으로 찢어지면서 약해진다. 이에 이차적인 기계적 스트레스 즉, 허리를 구부린 상태에서 특히 몸을 회전시키면서 무거운 물건을 들어 올리거나 좋지 않은 자세를 오래 유지하는 등의 행동을 하면 굳어진 수핵이 약해진 섬유륜을 밀고 돌출되거나 섬유륜을 찢어지게 하면서 척추강으로 수핵의 일부가 빠져나오는데 이것이 척추간판 탈출증이다. 추간판은 여러방향으로 탈출될 수 있으나 후측방이나 후중양으로 탈출하였을 때 신경근을 압박하여 증상을 일으킨다. 섬유륜 전방에는 넓고 두터운 전종인대가 있어 전방탈출은 잘 일어나지 않으나 섬유륜 후방에는 좁고 얇은 후종인대만 있어 후측방으로 탈출되어 신경근을 압박하거나 때로는 후중양부로 탈출하여 후종인대까지도 파열 시키면서 척수나 마미 신경을 압박한다. 그러나 척추CT의 보급에 따라 탈출 방향의 다양성이 입증되었으며 심지어 모든 방향으로의 미만성탈출 (Diffuse

bulging) 도 적지 않다는 것이 밝혀졌다.

(3) 척추간판 탈출의 형태 및 부위에 따른 발생빈도

척추간판탈출증은 수핵탈출증 (Herniation of nucleus pulposus H. N. P.) 이라고도 불리우며 척추간판이 섬유륜을 찢고 나가 Hernia를 일으키는 경우는 전부 이에 속한다.

이에에는 두가지 형태가 있는데 하나는 척추간판의 돌출 (protrusion) 이며 추간판 (반) 이 후방으로 전위하되 후종인대를 넘지 않은 상태이다. 또 하나의 형태는 추간반이 후종인대의 보호가 없는 외측부를 지나 척추강이나 추간공내로 전위했을때를 extrusion이라고 하며 심한 경우에는 변성된 수핵의 일부가 유리되어 free fragment를 형성하기도 하며 변성된 수핵과 압력받는 신경근의 위치에 따라 axilla type과 shoulder type으로 구분한다.

척추간판 탈출증은 요추부에서 가장 흔하고 (90%이상) 흉추부에서 극히 드물며 (1%미만) 경추부에서 적게 발생한다 (5~8%).

(4) 급성 탈출증과 만성 탈출증

척추간판 탈출증 발생에는 추간판의 변성이 선행요건이나 변성 자체는 결코 탈출증이 아니다. 추간판에 상당한 변성이 일어났고 그 결과로 미만성인 척추통증이 있어도 조심하면 탈출을 초래하지 않은채 오랜 세월을 무사히 지낼 수도 있다. 그러나 오랜 기간동안 척추에 과도한 중력이 부하되고 운동을 많이하면 탈수되어 굳어진 수핵이 섬유륜의 찢힌 틈으로 밀려가서 서서히 저항이 약한 쪽으로 탈출된다. 이와같이 점차적으로 진행되는 경우를 만성형이라고 부르는데 후측방쪽으로 탈출되어 척수신경을 압박하고 해당 척추부 동통과 상지 또는 하지에 방사통이 발생한다. 전술한 바와같이 수핵, 섬유륜의 퇴행성 변화는 불가역성 (irreversible) 이나 초기의 추간판 탈출은 추간강 (intervertebral spaced) 에 가하여지는 압력에 따라 일시 환원 될 수 있다. 즉, 약

3주 정도의 침상안정 또는 운동량만 줄여도 어느 기간 동안의 증상의 호전 또는 소실을 가져올 수 있다. 이리하여 증상의 호전과 완화가 반복되는 것이 만성형의 특징이다.

급성 탈출은 반복된 오랜 압박이 아니라 급격한 중량의 부하가 척추에 걸리거나 또는 외상에 의해서 발생한다. 탈출은 어느 방향으로도 올 수 있으나 급성일 경우에는 후중상으로 탈출되어 척수나 마미 신경까지 압박하여 상당한 운동 마비와 배뇨장애까지 일으키는 경우도 있다.

2) 요추간판 탈출증 (Herniation of Lumbar Disc; H. L. D.)

추간판 변성이 심해지고 활동이 왕성한 장년기에 많이 발생하나, 최근에 들어 10대 또는 20대에서도 이 질환의 빈도가 증가되고 있으며 그 원인은 무거운 물건을 들어 올린다든지 또는 무리한 허리의 운동, 요부 염좌와 같은 외상이 약 30%이고 그외는 불명이다. 성인에서 요추간판탈출증의 약 90%는 L₄₋₅, L₅-S₁에서 발생한다.

(1) 증상 및 증후

<증상>

- a. pain in the low back & buttocks
- b. numbness
- c. radiating pain in the leg (s)

<증후>

a. Limited motion of the back
허리를 앞으로 굽히면 방사통이 생기며, 허리를 옆으로 굽히면 신경근의 압박으로 통증을 더 느끼게 되는데 추간판탈출 반대측보다는 같은측으로 굽힐때 아픔을 느끼는 일이 더 많다.

b. Straightening of the normal lumbar curve
요추는 방척추근육의 연속으로 생리적인 전만상태의 곡선이 없어지고 강직상태 (rigid)로 되며 복와위에서 추간판탈출 부위를 누르면 하지에 방사통을 유발시킨다.

- c. Paravertebral muscle spasm
- d. scoliosis (척추 측만).
- e. Naffziger s test (jugular vein compression test)
방사통이 압박된 신경근이 지배하는 영역에 나타나는데 기침, 재채기 또는 힘을 줄때 더 심해지며 이것은 이러한 동작으로 뇌척수액압이 올라가서 신경근이 더 한층 압박되기 때문에 일어난다고 보고있으며 경정맥을 압박할때도 같은 기전으로 방사통이 증가한다.

- f. Tenderness on the low back
- g. Straight leg raising test (Lasegue s test)
다리를 뻗힌채로 고관절에서 들어올리면 좌골신경이 팽팽하게 당겨지며 정상인에서도 70도 (개인차 있음) 이상의 거상은 아픔을 느끼게 되는데 요추간판탈출증 환자에서는 신경근에 대한 압박이 가중되어 거상각도가 얼마안되어도 아픔을 느끼게 된다. 요추간판탈출증 환자의 거의 전에서 양성으로 나타난다.

- h. Motor weakness
Sensory changes ⇒ involved nerve
Deep tendon reflex changes root signs

(2) 진단

- ① Site of the pain and neurological exam.
병력, 하지 방사통, 허리의 굴곡과 하지 직 거상으로 인한 방사통의 증약 하지 근육의 운동 약화, 심부진 빈사의 변화 등
- ② Plain X-ray : Lumbar spine AP, lateral and oblique - narrow disc space, Loss of lumbar lordosis, Bony spur
- ③ EMG
- ④ Myelography
척수조영술은 지용성 조영제로 (isophendylate ; pantopaque)나 수용성 조영제로 metrizamide (amipaque) 또는 공기를 척수 지주막하강으로 주입하여 척수관을 방사선으로 찍어 보는것
척수 및 후두의 종양, 선천성 병변, 추간판탈출, 종양 척추증으로 인한 외인성 척수압

박을 확진하기 위해 시행한다.

검사전 4~6시간동안 금식 시키며 환자가 몹시 긴장 하거나 심한 동통이 있으면 진정제를 투여하여 안정시킨다.

<합병증>

지용성 조영제 사용시 : 두통, 신경근자극, 신경근동통, 조영제로 인한 뇌막 자극증상이 여러 주일 동안 나타날 수 있다.

수용성 조영제 사용시 : 두통, 오심, 구토

<절차후 간호>

지용성 조영제 사용시 : 조영술후 8~24시간동안 똑바로 누워 침상안정하며 (Head flat position) 수분 섭취를 증가시키고 음식공급을 재개한다.

수용성 조영제 사용시 : 환자의 머리를 30~45도 정도 올려 6~8시간동안 침상안정시키고 수액 공급을 증가시키며 음식을 공급.

⑤ Spinal CT scan

⑥ MRI

(3) 처치 및 증제

① conservative care first

* Bed rest on a firm bed

* Traction : 골반 견인 장치 이용

2~3주간 침대위에서 약 10~20파운드의 무게를 달고 이 장치로 견인하므로써 절대 안정을 시킬 수 있다.

* Physical therapy : Hot pack, Ultrasound, massage

*Analgesics

② Operation

<Indication of operation>

a. massive severe herniation : cauda eqina compression sign, urgent.

마비신경을 압박하는 대량 중심선 탈출 : 이 경우 양하지와 팔약근 마비를 일으켜 응급수술이 필요함.

b. failure of conservative care

c. progressive worsening of the neurological

signs : weakness, foot drop.

하지 근육의 운동 약화나 족하수와 같은 신경마비 증상을 일으킨 경우

d. frequent recurrence

(operation)

- 전신 마취하에

- partial hemilaminectomy or total laminectomy 를 시행

- 추체나 후관절에 불안정성 (instability)이 있을때는 척추 고정술 (spinal fusion)을 시행

③ Chemonucleolysis : 화학적 수핵 용해술

④ Percutaneous nucleotomy : 경피적 수핵 제거술

II. 본 론

1. 사례의 소개 및 자료수집

(1) 사례 소개

① 김○○ (26세, 男)

② 진단명 : HNP L₄₋₅ Rt

③ 수술명 : Subtotal Laminectomy L₄ & Dissectomy

④ 입원일 : 1994년 6월 9일

⑤ 수술일 : 1994년 6월 10일

⑥ 퇴원일 : 1994년 6월 20일

(2) 자료수집

① 환자 간호력

a. 신체적 측면

평소 질병없이 건강하게 지내다가 1993년 6월 초 회사에서 넘어뜨기 하다가 허리를 삐끗했다 함. 그 후 약 2개월간 개인병원에서 물리치료 (hot pack) 받았으며 증상 소실되었다가 1993년 9월초부터 엉덩이 부위의 동통에서 오른쪽 다리로 방사되는 동통있어 다시 물리치료 받았으나 증상 호전없어 수술치료 위해 1994년 6월 9일 입원함.

입원시 보행상태 특별한 장애증상 보이지

않았으며, 개인 위생상태도 좋았으며, 피부상
태는 보통이며, 시력, 청력 장애는 없었으며,
치아상태는 양호함. 음식이나 약물에 대한
allergy는 없었다 함.

b. 심리적 측면

의식상태 명료하였으며 사고 능력이나 의사소
통 능력은 정상이며 종교는 기독교, 성격은 활
달하였으며, 직장 동료관계는 원만하다고 함.

c. 발달적인 측면

2남 2녀중 막내이며 미혼상태로 과거력, 가족
력 없음.

d. 사회, 문화적인 측면

출생지 : 경기도 용인

직업 : 염색 가공업

급여 : 100만원 / 월

일에 대한 만족도 : 만족함

친구, 방문객 : 10여명 / 日

가족과의 관계 : 미혼으로 부모님과 함께 살
고 있음

취미 : 독서

② 입원 당시 신체 검진

a. 신장 : 175cm, 체중 : 66kg

b. Vital sign & BP

BP : 130/90mmHg

BT : 36.6°

Pulse : 66회/분

RR : 18회/분

c. General appearance : 동통으로 인한 표
정 변화 없음

d. Head & Neck : normal

f. Gastrointestinal : normal

g. Neuromuscular :

Back motion limitation for backward
bending

PVM spasm & tenderness : (-)

Interspinous process tenderness : (-)

SLRs : Rt/Lt(full/full)

Motor & sensory : intact

DTRs : Kj : normal / Aj : normal

h. Urinary tract : normal

i. Genital tract : normal

J. Skin : normal

③ 검사소견

1994. 5. 6 : L-S Spine series : mild
narrowing L₄₋₅

1994. 6. 1 : EMG : L₅ radiculop-
athy Rt.

1994. 6. 8 : MRI : HIVD L₄₋₅
central type

1994. 6. 8 : Pre OP lab : all normal
range

1994. 6. 14 : U/A & micro : clear

} at OPD

} at ward

3. 간호중재 및 평가

자료수집	간호진단	간호계획	간호중재	평가
<p>주관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> “허리에서 다리까지 저리듯이 너무 아파요.” “수술하고나면 더이상은 아프지 않겠죠.” 	<p># 동통과 관련된 안위의 변화</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 동통을 경감시킨다. * 동통에 대한 적절한 완화와 중재를 실행할 수 있도록 한다. * 환자에게 고통을 경감할 수 있는 방법을 선택하도록 한다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자가 편안함을 느끼는 자세를 취하게 함. • 체위를 배위에서 측위로 서서히 이동하도록 함. • 신체의 정형을 유지하도록 함. • 온습찜질을 L₄₋₅부위에 (허리) 해줌. 	<ul style="list-style-type: none"> * 진통제에 대한 추가적인 요구가 없었고 표정이 밝았으며 스스로 통증에 대한 완화 요법(온습찜질 & 민번한 massage)을 수행함. (문제해결일 : 94. 6. 9)

자료수집	간호진단	간호계획	간호중재	평가
<p>객관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> • 얼굴을 찡그리며 매우 아픈 표정을 지음. • 다리를 자주 주무르고 있음(문제발생일 : 94. 6. 9) <p>주관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> • “다리가 너무 아파 수술을 받아야 하지만 수술을 한다는 자체가 너무 무섭고 두려워요.” • “저처럼 디스크 수술환자가 많죠.” • “수술하다 잘못된 사람은 없었나요.” <p>객관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> • 한곳에 정신을 집중하지 못하고 안절부절해 함. • 보호자에게 자주 짜증을 냄 • 수술에 대해 여러사람에게 자주 물어봄. (문제발생일 : 94. 6. 9) <p>주관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> • “소변을 보고 싶은데 나오지는 않고 아랫배만 자꾸 아파와요.” • “수술이 잘못되었나요. 왜 허리를 수술했는데 소변을 못 보는 거죠.” 	<p># 수술의 결과 및 예후와 관련된 불안</p> <p># 습관 및 환경변화와 관련된 배뇨양상의 변화</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 편안함을 유지하게 한다. * 정신적 위협으로 부터 보호한다. * 따뜻한 의사소통 관계를 형성한다. * 현실인지와 문제해결 능력을 증가 시킨다. * 정상 배뇨양상을 획득한다. * 뇨정체의 증상 및 증후가 없도록 한다. * 유치도뇨관 제거후 감염의 증상 없도록 한다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 다리부위를 하루에 3~4회 정도 부드럽게 massage 해줌. • Mattress위에 판자를 대줌. • 견고한 침요를 줌. • 적당한 휴식을 하도록 함. • 환자에게 자신을 편하게 해주는 것이 무엇인지 물어봄. • 처방된 (prm) 약을 투여함. • 서두르지 않고 서서히 접근하였으며 수술하는 과정에 대해 이야기해줌. • 시간이 허락하는 대로 환자와 자주 이야기함. • 수용분위기를 조성함. • 최대한 긴장감을 느끼지 않도록 해줌. • 감정을 표현 하도록 함. • 환자가 불쾌하고 놀라운 상황을 갖지 않게 하였으며 감정을 표현하도록 격려했으며 주의깊게 환자의 말을 들어줌. • 환자의 질문을 격려했. • 성공적으로 같은 경험을 한(같은 디스크 수술환자) 사람을 소개해줌. • 감정적으로 편안한 경험을 가지도록 하였으며 하복부에 더운물 주머니를 대줌. • 흐르는 물 소리를 듣게 함. • 보행할 수 없으므로 체위변경을 자주해줌. (Rt. lateral position <-> Lt. lateral position) • Fluid intake를 3000cc 정도로 증가시킴. 	<ul style="list-style-type: none"> * 환자의 주위가 많이 인정 되었으며 수술에 대한 불안감이 감소 되었으며 독서하는 여유를 가지게 되었다. (문제해결일 : 94. 6. 9) * 기동이 허락된 수술 후 3일째 유치 도뇨관 제거하였으며 수술전과 같은 소변습관을 유지하며 배뇨시 불편감 없었으며 소변검사상 감염의 증상 없었음 (U/A & micro검사 에서 WBC:0~1였음.) <문제 해결일 : 94. 6. 13)

자료수집	간호진단	간호계획	간호중재	평가
<p>객관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> 수술하고 병실로 돌아온 후 5시간이 지난 다음까지 self voiding 전혀 못함. 하복부에 팽창된 방광 촉지됨. 환자 안전부절해 함. (문제발생일 : 94.6.10) 			<ul style="list-style-type: none"> 위의 방법들을 실패하여 단순도뇨후 다시 더운물 주머니 및 흐르는 물소리 듣게 하였으나 self voiding 못함. (수술후 12시간 경과 상태임) 유치도뇨관 삽입함. 삽입시 무균적으로 하였으며 개인의 생활을 지켜줌. (수술후 3일째까지 유치도뇨관 삽입 상태였음. 6월 13일) 	
<p>주관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> “너무 누워 있어서 인지 식욕도 없고 아랫배가 너무 불편해요.” 	<p># 계속되는 부동 및 환경의 변화와 관련된 장배설의 변화</p>	<ul style="list-style-type: none"> 정상 장 운동 양상을 획득한다. 규칙적으로 배변하도록 한다. 신체활동을 증가시킨다. 고섬유식을 섭취시킨다. 	<ul style="list-style-type: none"> 배변 반사가 있을때는 즉시 배변하도록 함. 환자 및 보호자와 함께 음식의 양상을 분석함. 부작용으로 변비를 유발시킬 수 있는 약이 투여되고 있는지 재확인함. 신선한 과일 및 식사시 수분 섭취를 하루에 2000CC정도로 증가 시킴. 기동이 허락되면 산책 및 지속적인 운동을 격려함. 필요시 관장을 시행함. 	<ul style="list-style-type: none"> * 기동이 허락된 수술 후 4일째 (식사후 2일째) 수술전과 같은 배변습관을 획득하였으며 식욕이 증가하였고 복부팽만 없었으며 정상적인 장음을 가짐 (문제해결일 : 6월14일)
<p>객관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> 수술후 gas out되어 식사를 한지 2일째이며 아직 배변하지 못함 (POD#3 : 6.13) 장음이 많이 감소되어 있음 (문제발생일 : 6월 13일) 				
<p>주관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> “누워있을 때는 이 주사(IV)가 귀찮은지 몰랐는데 걸어나게 되니 너무 불편해요. 마음대로 행동을 못 하겠어요.” “영덩이에는 무슨약을 맞는 거예요. 너무 아파요. 안 맞으면 안되나요.” 	<p># 지식부족과 관련된 부적절한 개인적 대응</p>	<ul style="list-style-type: none"> 환자 자신에게 수행되어지고 있는 의료행위에 대해 충분히 이해하도록 한다. 스스로 치료에 대해 적극적인 자세를 취하게 한다. 	<ul style="list-style-type: none"> 활동이 자유롭도록 수액set에 extension tube를 연결해 줌. 환자와 자주 접촉하여 IV및 IM주사의 사용 이유를 충분히 설명함. IM injection시 주사부위를 부드럽게 massage해줌. 편안한 자세를 취하게 한후 주사함. IV injection후 침범된 부위를 심장의 위치보다 높게 올려줌. IM injection후 기분전환을 위해 TV나 라디오를 켜줌. 상품명이 surgam인 소염 진통제를 주사하며 근육 주사만 가능하다고 설명함. 	<ul style="list-style-type: none"> * 주사(IM & IV)를 맞아야 하는 이유를 잘 알게 되었으며 IV line유지 상태로 ambulation 증가함. * 주사에 대한 거부반응 사라짐. (문제 해결일 : 6월14일)
<p>객관적자료</p> <ul style="list-style-type: none"> IV수액 set의 clamp를 자주 조절하여 수액을 빠르게 주입하려 함. 주사시간을 궁금해하며 그 시간에 자리를 자주 비움 (문제발생일 : 6월13일) 				

2. 간호진단

1. 동통과 관련된 안위의 변화
2. 수술의 결과 및 예후와 관련된 불안
3. 습관 및 환경변화와 관련된 배뇨양상의 변화
4. 계속되는 부동 및 환경의 변화와 관련된 장배설의 변화
5. 지식부족과 관련된 부적절한 개인적 대응

III. 결론 및 제언

척추간판탈출증은 수핵탈출증(HNP)이라고도 불리며 척추간판이 섬유륜을 찢고 나가 hernia를 일으키는 경우는 전부 이에 속하며 요추부에서 가장 흔하고(90% 이상) 흉추부에서 극히 드물며(1% 미만) 경추부에서 적게(5~8%) 발생한다.

특히 요통 및 다리로의 방사통을 주호소로 하는 요추간판탈출증은 추간관 변성이 심해지고 활동이 왕성한 장년기에 많이 발생하나, 최근에 들어 10대 또는 20대에서도 이 질환의 빈도가 높아지고 있으며, 그 원인은 무거운 물건을 들어 올린다든지 또는 무리한 허리의 운동, 요추염좌와 같은 외상이 약 30%이고 그외는 원인불명이다. 성인에서 요추간판탈출증의 약 90%는 L₄₋₅, L₅~S₁에서 발생한다.

이 질환의 초기에는 단단한 침상에서의 안정, traction, 물리치료(hot pack, massage etc) 등으로 증상의 호전을 볼 수 있으나, 질환이 진전되어 conservative care가 실패하였을 경우에는 laminectomy를 시행하여 동통양상을 경감시킬 수 있다.

대부분의 입원환자들은 병원의 낯선 환경과 의료인, 병실의 다른 환자들과의 접촉, 자신의 질병 등으로 인해 심리적으로 위축되어 있으며 불안정한 상태이다. 그러므로 간호사는 자신의 가족을 돌보는 것처럼 친절하고 항상 밝은 표정으로 신뢰가 가는 행동으로써 불안감을 해소시킬 수 있도록 도와야 할 것이다.

본 사례연구는 laminectomy를 시행받은 환자에게서 발생할 수 있는 문제 즉, 수술과 관련된 불안, 동통과 관련된 안위의 변화, 습관 및 환경 변화와 관련된 배뇨양상의 변화, 계속되는 부동 및 환경변화와 관련된 장배설의 변화, 그리고 지식부족과 관련된 부적절한 개인적 대응의 측면에서 접근하였다. 또한 퇴원시에는 다시 재발하지 않도록 예방적인 측면을 강조하여 침상에서 일어나기, 보행시의 바른 자세 및 무리한 운동 삼가기 등을 중점적으로 교육하는데 그 목적을 두었다.

본 연구대상자는 1994년 6월 10일 입원 다음날 subtotal laminectomy를 시행받았으며 수술 후 폐합병증 및 부작용없이 정상적인 회복을 하여 입원 12일만에 추후 외래치료받을 것을 교육 받은 후 퇴원하였다.

이와 같이 간호사가 풍부하고 정확한 간호지식을 가지고 간호과정에 임하여, 환자자신 및 그 가족들과 함께 간호문제를 해결하고 또한 확실히 추후교육으로 빠른 사회복귀를 도모할 수 있도록 가장 적절한 간호를 제공하며, 본 사례연구가 다른 laminectomy 수술 환자의 간호를 위한 자료가 되기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 대한간호협회 서울시지부 학술위원회, 간호진단과 간호중재, 수문사, 1983
- 대한간호, 제 29권 제 2호, 1990
- 김미자 외 2인, Pocket guide to nursing diagnosis, 2nd edition, MOSBY
- 대한신경외과학회, 신경외과학, 중앙문화사, 1989, 2
- 연세대학교 의과대학 세브란스병원 간호부, 신경계질환환자간호. 1992, 9
- 김영숙 외 8인, 성인간호학 상·하., 수문사, 1989
- Jurgen Kramer, Intervertebral Disk Disease, 2nd edition.