

# 수술환자간호

충북대학교 간호학과 조미경

[cia4378@hanmail.net](mailto:cia4378@hanmail.net)

# 학습목표

- 수술 전 간호를 이해하고 설명할 수 있다.
- 수술 중 간호를 이해하고 설명할 수 있다.
- 수술 후 간호를 이해하고 설명할 수 있다.

# 수술 직후 간호-회복실간호사의 역할

- 마취간호사에게 환자상태 인수
- 의식 정도 파악, 환자상태관찰 및 기록
- 산소공급, 흉곽운동 및 수술부위 관찰
- 각종 배액관 배액상태, 정맥주입 확인
- 수술 후 바로 시행할 검사, 수혈 시행
- 프라이버시 보호, 보온
- 간호단위 인계

# 수술 직후 간호-회복기 간호

- 환자를 세심하게 관찰하는 것 중요, 안전하고 개별적인 간호 제공

## 1. 회복실 운반 시 간호

- 환자의 호흡상태와 맥박 및 피부색 사정
- 보온, 노출 및 낙상을 예방
- 무릎과 팔꿈치에 억제대나 안전벨트

## 2. 회복실 간호: 환자 인계와 최초 사정

- V/S 측정, CVP, SpO<sub>2</sub> 측정
- 피부색과 체온, 의식 정도
- 배액상태나 출혈의 유무
- 섭취량과 배설량 확인

# 수술 직후 간호-마취 회복기 간호

## 1) 환자의 기도 확인 및 체위 간호: 제일 먼저!

- 적절한 체위 : 호흡기 합병증 예방
- 기도폐쇄, 청색증, 호흡곤란음, 견축 등의 호흡 곤란 증상 관찰

## 2) 심혈관계 기능 사정

- 심혈관계 합병증
- 저혈압 : 지남력, 의식 상실, 핍뇨, 흉부통증  
고혈압 : 교감신경 활성화/ 방광팽만, 통증, 불안
- 심부정맥 : 심근손상, 저칼륨혈증, 저산소증, 산염기 불균형,  
저체온, 통증, 마취약
- 수술 전과 비교 평가  
첫 1시간 동안 15분마다, 1-2시간 30분마다, 4시간은 1시간마다, 이후 4시간마다 V/S

# 수술 직후 간호-마취 회복기 간호

## 3) 수분과 전해질 균형: I/O check

6-10시간이상 배설하지 못하면 인공도뇨

## 4) 통증과 불편감 사정

- 부위와 정도에 대해 사정
- 정맥으로 진통제 투여 : 주입속도 천천히, 부작용 최소화
- PCA기구 이용 <https://www.youtube.com/watch?v=9iXH0X8PsTY>

## 5) 수술부위 관찰, 드레싱, 배액상태, 정맥투여 상태, 안위수준, 피부 상태 포함한 전신상태 사정

- ▶ 저체온증: 담요이용- 체온 소실, 피부 손상 방지
- ▶ 오심과 구토: 구토의 양, 특징, 색깔 사정, 머리를 올려 기도흡인 예방

## 6) 의식 수준 사정 (GCS)

# 수술 후 간호

1. 호흡 기능 변화 가능성
2. 심혈관 기능 변화 가능성
3. 비뇨기계 기능 변화 가능성
4. 위장관 기능 변화 가능성
5. 피부 변화 가능성
6. 통증과 불편함
7. 체온변화 가능성
8. 심리적 기능 변화 가능성
9. 퇴원 계획과 추후 간호

# 수술후 간호-병실입실

❖ 회복실 간호사에게 환자상태 인수인계 받음

- 침상으로 옮기기
- 환자의 활력징후 측정
- 전신사정하여 회복실에서 인계받은 상황 확인
- 수술후 처방에 따른 간호수행
- 수술과 잠재적 합병증에 대한 사정과 관리

# 수술 후 간호-호흡기계

## 1. 호흡 기능 변화 가능성 : 무기폐와 폐렴

- 복부, 흉부수술 多, 중재X → 폐렴
- 점액이 세기관지를 차단, 폐포 표면활성제 양이 감소 될 때

## • 간호사정 : 호흡수, 형태, 호흡음 사정

### (1) 간호진단

- 기도개방 유지 불능
- 비효율적 호흡양상
- 가스교환장애
- 신체손상 위험성

### (2) 간호중재

- 심호흡과 기침, spirometer 연습
- 1~2시간마다 체위변경, 조기이상, 보행
- 진통제
- 수분공급

# 수술 후 간호-심혈관계

2. 심혈관 기능 변화 가능성 : 수분과 전해질 불균형이 원인  
부정맥 혈전증, 폐색전증, 표재성 혈전성 정맥염, 실신
  - 간호사정:혈압, 심박수, 맥박, 피부온도, 색깔 규칙적으로 사정  
→ 수술 전, 중, 후 상태와 비교
1. 간호진단
  - 심박출량 감소, 체액 부족, 체액 과다, 조직관류 변화
  - 활동의 지속성 장애, 신체손상 위험성
  - 혈전증(DVT)
    - 원인 : 오랜 시간 부동
    - 증상 : 부종, 무릎굴절후 족배굴곡시 장딴지 통증(Homan' s sign)
    - 중재
      - 예방: 다리운동, 저용량 헤파린, 탄력스타킹
      - 치료: 정맥결찰, 항응고요법, 조기이상

# 수술 후 간호-소화기계

## 3. 소화기계 기능 변화 가능성

: 위장관 운동의 저하와 식이섭취의 변화

- 오심, 구토/ 마취제, 진통제, 수술 중 장조작

- 복부팽만/ 제한된 식이섭취

### • 간호사정

- 장음의 존재, 빈도, 특성 → 청진

- 구토시 토물의 색깔, 농도, 양 평가

### (1) 간호진단

- 영양부족, 신체 손상위험성

### (2) 간호중재

- 정맥수액요법 : 수분, 전해질 균형 유지

- 조기이상과 보행

- 가스배출 격려, 중요성 인식

## ❖ 장폐쇄

▪ 원인 : 장의 흐름이 막힘

### ▪ 증상

▪ 체온, 호흡정상

▪ 국소통증, 짧은 간격으로 복부통증

▪ 딸꾹질, 구토

### ▪ 치료 및 간호중재

▪ 튜브삽입

▪ 수술

# 수술 후 간호-비뇨기계

## 4. 비뇨기계 기능 변화 가능성: 수술 후 급성 요정체

- 마취, 항콜린성 약물, 진통제
- 복부나 골반근육의 경련이나 통증
- 부동과 앙와위 등에 인한 배뇨능력 저하

### \* 간호사정

- 소변의 색깔, 양, 농도, 냄새 기록
- 유치도뇨관 : 최소 0.5ml/kg/시간, 도뇨 X : 200ml 이상
- 수술 후 6~8시간 내에 배뇨 X → 하복부, 치골부위와 방광팽만 관찰

### (1) 간호진단

- 배뇨장애
- 소변정체

### (2) 간호중재

- 정상체위로 배뇨하도록 돕기 : 화장실 걸어가기, 침상변기 사용
- 인공도뇨 : 단순도뇨 > 유치도뇨

# 수술 후 간호-피부

## 5. 피부 변화 가능성

### (1) 상처치유

- 피부와 조직 절개 → 보호방어벽 파괴
- 적당한 영양상태 중요, 아미노산, cortisol 이화작용에 필요

### (2) 상처감염

- 환경과 피부에 존재하는 외인성 정상균, 구강 정상균, 장내 정상균에 의해 초래
- 국소증상 : 발적, 종창, 통증, 압박감
- 전신증상 : 발열, 백혈구증가증 → 배액관 삽입, 절개 부위 가깝게 메스 상처

### • 간호사정

- 상처유형, 특정 수술형태, 삽입된 배액관에 따라 예상되는 배액에 대한 지식이 요구됨
- 배액 : 혈성 → 장액혈성 → 장액성 변화

#### (1) 간호진단

- 감염 위험성                      - 신체 손상위험성

#### (2) 간호중재

- 배액유형, 양, 색깔, 농도, 냄새 관찰 기록
- 절개부위 수술즉시 드레싱
- 24~48시간 동안 배액X → 절개부위 노출

# 수술 후 간호-배액

- 관과 카테터로부터 예상되는 배액

내용	일일량	색깔	냄새	농도
유치도뇨관 (소변)	수술 후 1-2일, 500-700ml 그 이후부터, 1500-2500ml	맑고 노란색	암모니아	열음
비위관/ 위루술관 (위내용물)	1500ml까지	열은 노란색-녹색	시큼함	열음
Hemovac (상처배액)	다양함	다양함 장액혈성(보통)	상처드레싱과 동일	다양
T-Tube (담즙)	500ml	담황색부터 진녹색	산	진함



# 수술 후 간호- 체온변화 가능성

수술 후 시간	체온	가능원인
12시간까지	36 C 까지 저체온	마취효과 외과적 노출에서 신체열 소실
첫 24~48시간	38 C 까지 상승 38 C 이상	외과적 스트레스에 대한 염증 반응 폐울혈, 무기폐
3일 이후	37.7 C 이상 상승	상처감염 비뇨기계감염 호흡기계감염 정맥염

## · 간호사정

-저체온이나 발열의 유형확인

### (1) 간호진단

- 체온유지 능력 저하의 위험성
- 고체온, 저체온

### (2) 간호중재

- 수술 후 48시간 동안 4시간마다 체온측정
- 상처와 정맥주사 부위는 무균법
- 기도청결
- 발열: 흉부X선 촬영, 상처, 소변, 혈액 배양
- 감염이 근원이면 항생제 투여
- 39.4 C 이상 해열제와 냉요법

# 수술 후 간호- 심리적 기능 변화

## 8. 심리적 기능 변화 가능성 : 수술 후 불안과 우울 발생

근치술, 절단, 예후 좋지 않은 환자, 신경성, 정신성 장애의 병력

### (1) 간호진단

- 신체상 장애
- 불안, 비효율적 대응, 의사결정 갈등

### (2) 간호중재

- 환자의 이야기 경청, 대화하는 시간 갖기
- 설명하고 재확신 시켜주는 것
- 가족 등 소중한 사람들이 있다는 것, 그들의 도움을 받게 하는 것
- 스트레스 상황에 대한 정상반응과 비정상, 과잉반응 구별 위해 행동 관찰, 기록
- 퇴원 후 활동, 도움에 대한 환자의 기대 논의

# 수술 후 간호-퇴원계획

## 9. 퇴원 계획과 추후 간호

- 상처부위 관리와 드레싱, 목욕권장
- 약물의 작용과 부작용
- 허용되거나 금지되는 활동
- 제한하거나 바꾸어야 하는 식이
- 보고해야 할 증상
- 추후관리를 위해 재방문할 장소와 식이
- 개인적인 질문이나 관심에 대한 답

**Thank you!~**