

2025년 제1차 의무기록위원회

목차



주제선정배경 01	자료수집 02	분석 및 해석 03	
추진방법 및 추진절차 04	기대효과 05	결론 및 제언 06	인플루엔자 07
전해질장애 08	신포괄 정보관리 평가결과 09	DUR평가지표 현황 01	POA관련 개선활동 01

◆ 한국표준질병 사인분류(KCD)질병코딩 지침의 기재원칙과 연계하여 DRG 세부 기재 원칙을 준수.

◆ 진단코드의 적절여부 판단 기준을 제시하고 이를 근거로 표준화된 의무기록 기재원칙 마련.

◆ Coding 오류의 원인에 따라 논의하여 해결 방법을 모색하고 오류 가능성이 높은 사례를 선별 집중 관리 하므로 질 관리 수행의 효율을 높이하고자 함.

◆ 신포괄 지불제도의 모형 특성 반영.

02 자료수집

○○○

◆ 질환 별 모니터링 현황자료 공유/분석

○○○ 조사대상 : 기간 중 발생 된 해당 환자

○○○ 조사기간 : 2024년[분기별], 2025년[1월]

○○○ 조사내용 : 해당 상병의 년도 별 환자수[퇴원환자]

분기	인플루엔자[J09~J11.8]	전해질 장애[E87.0, E87.1 ,E 87.5, E87.6]
‘ 24년 1분기	5	75
‘ 24년 2분기	1	68
‘ 24년 3분기	0	103
‘ 24년 4분기	19	82
‘ 25년 1월	61	28

- ◆ 환자에게 행해진 검사, 치료 및 그 결과
- ◆ 이상 결과의 임상적 의의
- ◆ 환자 입원 당시의 상태, 경과, 치료 또는 재원기간의 영향
- ◆ 환자의 상태 파악을 위해 더 상세한 내용의 기록이 필요한 경우
- ◆ 기록 내용이 모호하거나 일치하지 않는 경우
- ◆ 주치의와 협진의 사이에 진단이 다른 경우
- ◆ 의무기록 적정성 평가

- ◆ 진단코드의 오류 현황 분석 후 원인 별 접근
- ◆ 다빈도 오류 건을 도출하고 원인 분석 결과를 작성자와 공유하여 활동 결과 향상
- ◆ 공통된 오류건의 사례로 재발 방지 목적의 교육을 실시한다.
- ◆ 교육 후 일시적인 오류는 해소 될 수 있으나 일정 기간 후 점검 시 예전에 가지고 있던 잘못된 고정 개념이 습관처럼 기재 될 수 있으니 주기적인 검토가 필요하다.
- ◆ 의무기록의 질과 코딩의 질을 향상하기 위해 관계자간 의사소통을 강화한다.

- ◆ 사례에 적합한 일관된 코딩 기준 적용의 원칙을 토대로 한 질 관리 활동으로 진단코딩 청구 정확도 향상
- ◆ 모니터링 심사 상병 조정금액 감소 및 신포괄 정보관리 평가 인센티브 증가를 통한 병원 수익 증대
- ◆ 양질의 의무기록 관리를 통한 정보적 가치 상승효과
- ◆ 신포괄지불제도의 완성도 제고
- ◆ 환자진료 및 병원운영의 효율성을 높이기 위하여 필요한 정보를 적시에 제공하고 보건정책에 필요한 정보를 제공
- ◆ 개선활동을 통하여 의무기록의 신뢰도 향상

◆ 환자진료정보의 정확성을 유지하고 의무기록의 정보적 가치를 높일 수 있도록 가장 중요한 환자의 질병정보인 진단명을 의무기록에 올바르게 기록하고 이를 관리 하고자 함.

◆ 주진단 및 기타 진단명 기입과 진단 코딩의 지침을 준수한 의무기록의 질적 향상 도모 목적

◆ 기준의 해석과 포함 범위의 모호함 또는 명확한 개념 부재로 인한 진단코딩에 어려움이 있는 건들을 이슈 사례에 대한 가이드로 제시함으로써 진단코딩 업무의 적정성과 표준화를 유도하고자 함



인플루엔자[Influenza]

000 정의

인플루엔자는 인플루엔자 바이러스에 의한 급성호흡기 질환으로 독감으로 알려져 있다.

인플루엔자 바이러스는 오소믹소 바이러스(orthomyxoviridae)에 속하는 한가닥 사슬 RNA바이러스로 바이러스 입자 내의 핵단백 복합체의 조합에 따라 A, B, C형으로 나뉘어진다.

사람에게 병을 일으키는 것은 A형과 B형이며, C형은 구조나 성질이 A형, B형과 달라 발병해도 증상이 심하지 않으며 거의 유행하지 않는다. A형의 표면에는 두 개의 단백질인 적혈구 응집소(hemagglutinin:H)와 뉴라미니다아제(neruaminidase:N)가 있는데, H는 16종(H1-H16), N은 9종(N1-N9)으로 존재하며, 그 조합에 따라 감염성도 변한다.

WHO의 국제인플루엔자 프로그램 자료에 따르면, 인플루엔자는 겨울철에 유행하는 계절성 인플루엔자(seasonal influenza)와 순환하지 않고, 계절에 관계없으며, 광범위한 지역(국가 간)에 대유행을 일으키는 범유행 인플루엔자(pandemin influenza), 그리고 감염된 동물에게서 사람으로 감염된 동물매개 인플루엔자(zoonotic or variant influenza)로 분류한다.

J09 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자
(Influenza due to identified zoonotic or pandemic influenza virus)

J10._ 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자(Influenza due to seasonal influenza virus)

J11._ 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자(Influenza, virus not identified)

〰〰 질병코딩 지침

- 1) 입원환자의 진단이 possible, probable, or suspected로 기재되어 있는 경우 확인된(confirmed) 것처럼 코딩할 수 있다. 그러나 외래환자의 경우 같은 방식으로 기재되어 있어도 징후나 증상 으로 코딩해야 한다.
- 2) Influenza의 경우 위 코딩지침은 다르게 적용된다. “suspected” or “possible” or “probable” avian influenza, or novel influenza, or other identified influenza로 기재되어 있는 경우, J11, Influenza due to unidentified influenza virus로 코딩한다.
J09 (Influenza due to certain identified influenza viruses)나 J10 (Influenza due to other identified influenza virus) 코드가 부여되어서는 안 된다
- 3) 인플루엔자에 동반된 폐렴은 인플루엔자(J09~J11) 코드로 분류하나, 그 외 바이러스에 의한 기관지폐렴은 J12.-달리 분류되지 않은 바이러스폐렴[viral pneumonia, NEC]으로 분류 한다. 인플루엔자 바이러스에 의한 폐렴 코드[J09~J11]가 다른 상세 유형의 폐렴 코드 [J12~J18]보다 우선한다.

07 인플루엔자 [Influenza]



∞ 질병코딩 분류

- 인플루엔자는 바이러스 유형과 폐렴 등 합병증 동반 유무에 따라 다음과 같이 세분류 된다.
J09는 검사를 통해 확진 된 경우에만 부여할 수 있는 코드이다.

코드	비고
J09 특정의 확인된 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자포함 : 조류인플루엔자 (Avian influenza), H1N1, 인플루엔자 A/H1N1	
J10 기타 확인된 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	
J10.0 폐렴을 동반한 경우	· 폐렴의 상세 유형(other specified type of pneumonia)에 대한 코드를 부가로 부여할 수 있다. · 인플루엔자에 동반된 폐렴에 폐농양이 발생한 경우 J85.1 폐렴을 동반한 폐의 농양(abscess of lung with pneumonia)을 추가로 부여한다.
J10.1 기타 호흡기 증상을 동반한 경	· 기타 호흡기 증상이란 laryngitis, pharyngitis, upper respiratory symptoms · pleural effusion이 있는 경우 별도로 코딩
J10.8 기타 증상을 동반한 경우	· 기타 증상이란 encephalopathy, myocarditis, otitis media, other manifestations. · 발현증세를 나타내기 위해 별도의 코드를 부여한다.
J11 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	
J11.0 폐렴을 동반한 경우	· 폐렴의 상세 유형(other specified type of pneumonia)에 대한 코드를 부가로 부여할 수 있다.
J11.1 기타 호흡기 증상을 동반한 경우	· 기타 호흡기 증상이란 laryngitis, pharyngitis, upper respiratory symptoms · pleural effusion이 있는 경우 별도로 코딩한다. · sinusitis가 있는 경우 별도로 코딩한다
J11.8 기타 증상을 동반한 경우	· 기타 증상이란 encephalopathy, myocarditis, otitis media, other manifestations · 발현증세를 나타내기 위해 별도의 코드를 부여한다.



전해질 장애 [disorders of electrolyte]

08 전해질 장애 [disorders of electrolyte]

000

000 정의

- (1) 고나트륨혈증 : 혈청 나트륨 농도 145 mEq/L보다 높은 경우
- (2) 저나트륨혈증 : 혈청 나트륨 농도 135 mEq/L보다 낮은 경우
- (3) 고칼륨혈증 : 혈청 칼륨 농도 5.5 mEq/L보다 높은 경우
- (4) 저칼륨혈증 : 혈청 칼륨 농도 3.5 mEq/L보다 낮은 경우

구분		내용
고나트륨혈증 원인	수분결핍	•신 소실 : 요붕증, 루프이뇨제, 폐색 후 이뇨, 용질 이뇨 •신외 소실 : 발열, 설사, 구토, 비위흡인, 장루, 화상
	나트륨과잉	•과도한 나트륨 투여 •염류코르티코이드 과잉
저나트륨혈증 원인	나트륨결핍	•신 소실 : 이뇨제 (특히 thiazide계통), 용질이뇨 (포도당, 만니톨), 염분소실 신 병증 •신외 소실 : 설사, 구토, 위장염, 장 폐색, 화상, 발열, 출혈
	수분과잉	•섭취 증가 : 일차성 다갈증 •신장 배설 감소 : 부적절 항이뇨호르몬 분비증후군[syndrome of inappropriate ADH secretion, SIADH], 당류코르티코이드 결핍, 갑상선기 능저하증, 율혈성심부전, 간경변, 신증후군, 만성신 부전
고칼륨혈증 원인	가성고칼륨혈증	•용혈, 혈소판 증가증, 심한 백혈구 증가증, 채혈 미숙
	신배설 감소	•급성 및 만성신부전 •알도스테론 결핍 (신세뇨관산증 4형) : 당뇨병성 신증, 만성세뇨관간질신염, 폐색성 신 병증 •부신기능부전(애디슨병) •약물 : 아미오다론, 사이클로스포린, 해파린, 안지오텐신전환효소억제제, 안지 오텐신 수용체 차단제, 알도스테론길항제, 비스테로이드소염진통제 등
	칼륨의 세포 외 이동 증가	•인슐린 결핍, 베타차단제, 산증, 고칼륨혈증 주기마비, 횡문근융해증, 종양용해 증후군
저칼륨혈증 원인	칼륨 섭취 부족	•영양 결핍, 부적절한 칼륨 공급
	칼륨소실증가	•신외 소실 : 설사 •신 소실 : 구토, 이뇨제, 삼투성 이뇨 (고혈당, 만니톨), 원발성 고알도스테론증, 신세뇨관산 증 1형과 2형, 바터증후군, 기혈만증후군, 저마그네슘혈증
	칼륨의 세포내 이동증가	•인슐린 투여, 카테콜라민 과잉, 가족성 저칼륨혈증 주기적 마비, 갑상선기능항 진증

000 임상진단

(1) 병력청취

○ 전해질 장애의 원인은 매우 다양한데, 특히 기저질환 및 복용약물을 파악하는 것은 감별 진단에 도움이 된다.

(2) 증상 및 진찰소견

○ 신체 검사를 통해 환자의 체액 상태 및 근육 신경학적 증상을 파악하는 것이 중요하다. 혈중 나트륨 농도의 심한 혹은 급격한 변화로 나타나는 증상은 혈중 나트륨 농도 자체보다는 혈장의 삼투질 농도 변화 및 이로 인한 뇌세포 용적의 변화로 유발되며, 대개 신경학적 증상들이다. 고나트륨혈증의 경우 초기에는 기면(lethargy), 쇠약감, 자극과민성(irritability) 등이 나타나며, 좀 더 진행하면 근육연축(twitching), 경련, 혼수 등으로 발전하고 심하면 사망할 수도 있다. 저나트륨혈증의 경우에도 근육경련, 쇠약감, 피로감, 구역, 구토 등이 동반되는 것이 흔한 증상이나, 120~125 mEq/L보다 더 낮은 경우, 특히 빠른 속도로 발생 시에는 뇌부종에 의한 경련, 뇌간 압박 및 호흡정지에 따른 사망도 초래할 수 있다. 반면에, 혈중 칼륨 농도의 변화는 세포막 전위차의 불균형을 유발하여 주로 신경과 근육(특히 심장근육)의 기능이상에 따른 증상을 유발하게 된다. 고칼륨혈증은 심장에서의 전기전도를 변화시켜 심전도의 변화(뾰족한 T파, 편평한 P파, 긴 PR 간격, 넓어진 QRS복합체, 깊은 S파 등)를 야기하며, 특히 심실성 부정맥을 발생시킬 경우 치명적이어서 응급조치가 필요할 수 있다. 이외에도 근육 쇠약, 마비, 호흡부전을 초래할 수 있어 주의를 요하는 전해질 장애이다. 저칼륨 혈증은 대부분 증상을 유발하지는 않으나, 심한 저칼륨혈증은 다양한 정도의 근육 쇠약이 발생하여 마비까지 초래할 수 있다.

(3) 혈액/요검사

○ 전해질 장애는 혈청 전해질 검사를 통해 쉽게 진단할 수 있다. 몇 가지 추가적인 혈액 및 요검사 소견은 감별 진단에 도움이 된다. 나트륨 장애의 경우 단순 요나트륨, 요/혈청 오스몰농도 비 등이 감별 진단에 도움이 되며, 특히 저나트륨혈증이 동반되어 SIADH가 의심되는 경우에는 갑상선기능검사 및 부신기능저하검사 등을 추가로 시행하여 이를 감별할 수 있다. 칼륨 장애의 경우 단순 요칼륨 농도, 요/혈청 오스몰 농도 비의 측정이 도움이 되며, 특히, 고칼륨혈증은 대개 신장기능이 감소한 경우 발생하는 경우가 많아 혈청 크레아티닌을 측정하여 신장 기능 감소가 동반되었는지 평가해야 한다. 저칼륨혈증 환자에서는 24시간 소변에서의 칼륨 배설량, 동맥혈 검사를 통한 산증, 알칼리증 동반 유무를 관찰하는 것은 감별 진단에 도움이 된다.

000 치료

전해질 장애의 치료 원칙은 전해질 자체의 정상화와 함께 기저 원인 질환을 찾아 함께 치료하는 것이다.

(1) 고나트륨혈증의 치료

- 고나트륨혈증은 대개 수분을 공급하면서 요붕증과 같은 기저 원인 질환을 치료하는 것이 원칙이다. 주의할 점은 심한 신경학적 증상이 동반된 급성 고나트륨혈증의 경우를 제외하고는 혈장 나트륨 농도를 서서히 낮추어야 한다는 점이다.

(2) 저나트륨혈증의 치료

- 수분 결핍에 의한 저나트륨혈증이라면 수분 공급 (대개 생리식염수)을, SIADH가 원인이라면 수분 섭취제한과 함께 필요시 furosemide같은 루프이뇨제를 병합하여 치료할 수 있다. Thiazide계 이뇨제나 SIADH를 유발시키는 약물을 사용한 경우에는 이를 중단하며, 갑상선, 부신피질호르몬의 부족 시 이를 보충하여 저나트륨혈증의 원인을 함께 제거한다. 또한 신경학적 증상을 동반한 심한 저나트륨혈증 (대개 120~125 mEq/L)이라면 3% 식염수 주입을 시도하여 치료할 수 있다. 특히, 나트륨을 투여하여 혈장의 나트륨 농도를 증가시킬 때에는 CPM(central pontine myelinolysis) 같은 치명적이고 비가역적인 신경학적 합병증을 예방하기 위해 치료 속도, 즉 혈장 나트륨의 증가 속도를 적절히 조절해야 한다. 대개 24시간 이내에 12~15mEq/L 이상 증가시키지 않도록 권장되고 있다.

(3) 고칼륨혈증의 치료

- 철저한 병력청취를 통해 약제,식이 섭취, 체액 결핍, 산증 등 원인요소를 제거하는 것이 중요하다. 심전도 변화가 나타나는 심한 고칼륨혈증인 경우에는 응급처치가 필요하다. 특히, 심근 안정 및 부정맥 예방을 위한 칼슘 경정맥 투여, 칼륨의 세포 내 이동 촉진을 위한 베타2 작용흡입제, 인슐린+포도당 경정맥 투여 및 중탄산염 나트륨 경정맥 투여, 그리고 칼륨의 체외배설 촉진을 위한 양이온교환수지 (polystyrene sulfonate) 관장 및 경구투여와 같은 내과적 치료에도 반응하지 않는 불응성 고칼륨혈증의 경우에는 투석요법을 시행할 수도 있다. 118 • E-2 수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애

(4) 저칼륨혈증의 치료

- 저칼륨혈증의 경우 칼륨 소실 등 기저원인을 치료하면서 부족한 칼륨을 보충하는 것이 치료의 원칙이다. 혈청 칼륨 농도가 정상으로 부터 1mEq/L 감소하면 체내 칼륨 200~400 mEq/L 정도 결핍되어 있다고 할 수는 있지만, 저칼륨혈증에서 칼륨 결핍량을 계산하는 공식은 개발되어 있지 않아, 혈청 칼륨 농도를 측정하면서 적절히 보충하는 것이 필요하다.

000 의무기록필수사항

(1) 병력

- 원인이 되는 기저질환 및 복용약 파악과 전해질 이상에 동반된 근육 신경학적 증상을 파악할 수 있는 전신쇄약, 오심, 구토, 설사, 부종, 피뇨, 호흡곤란, 기침, 혈변 유무, 경련, 통증, 체중 증가 및 감소 등의 병력파악이 필수적이다.

(2) 신체 검사

- 활력징후(혈압, 맥박, 호흡수, 체온), 의식 상태, 피부 톤 (탈수 및 부종여부), 호흡음, 심장음

(3) 진단 검사

- 혈청 나트륨, 칼륨 농도의 기록은 해당 전해질 장애 진단에 필수적이다. 이외에도 칼륨 장애, 특히 고칼륨혈증의 경우에는 신장 기능 및 심전도 장애 파악을 위한 혈청 크레아티닌 측정과 심전도의 기록이 필요하다.

(4) 치료

- 전해질 농도를 정상화시키기 위한 치료, 이에 동반된 합병증의 치료와 함께 파악된 원인 제거와 기저질환 치료 여부에 대한 기록이 필수적이다.

※ 의무기록 적정성 평가의 Tip

혈청 전해질 농도의 기록으로 해당 전해질 장애가 적절히 진단되었는지 파악하며, 전해질 농도를 정상화 하기 위한 치료, 동반된 근육, 신경학적 증상의 치료와 함께 파악된 원인제거나 기저질환 치료 여부에 대한 기록이 적절히 이루어졌는지 파악한다

08 전해질 장애 [disorders of electrolyte]

∞∞

∞∞ 질병코딩분류

전해질 불균형은 원인이 되는 기저질환, 복용약, 전해질 이상에 동반된 증상 등 병력 파악이 필수적이며 비정상 결과는 진료의가 임상적 유의성을 부여하여 의무기록에 최종 진단으로 기재하고 이에 대한 평가를 위한 추가 검사나 치료를 처방한 경우에 진단코딩 할 수 있음.

신포괄 지불제도의 모형 특성을 고려하여, 전해질 불균형에 대한 ‘E87._ 상병’은 선행질환 등에 따른 질병의 진행과정인 경우, 선행질환의 통상적 치료로 검사 수치가 교정되는 경우 등은 해당 질병군의 포괄적인 진료 및 치료범위에 해당되어 별도의 진단 코딩을 하지 않는 것이 적절함.

E87 전해질 장애

E87.0	고오스모랄농도 및 고나트륨혈증 Hyperosmolality and hyponatraemia
E87.1	저오스모랄농도 및 저나트륨혈증 Hypo-osmolality and hyponatraemia
E87.5	고칼륨혈증 Hyperkalaemia
E87.6	저칼륨혈증 Hypokalaemia

**2024년
신포괄 정보관리 평가결과**

09 2024년 신포괄 정보관리 평가결과

○○○

○○○ 신포괄 정보관리 평가결과

지표명		2024년 평가점수	비율결과	배점비율	남원의료원 결과
정보관리 2.5%	〈1〉의무기록 필수항목 기재율	100.00	1.0	1.0	2.22%
	1-1) 의무기록(병원서식)필수항목 기재율	100.00			
	1-2) 퇴원요약(표준서식)필수항목 기재율	100.00			
	〈2〉 진단코딩 청구 정확도 및 향상활동	98.47	0.72	1.0	
	2-1) 진단코딩 청구 정확도	97.81			
	2-2) 진단코딩 정확도 향상활동	100.00			
	〈3〉 POA 청구 정확도	100.00	0.5	0.5	
의료의 질 정보관리 2.5%	〈4〉 환자안전관리활동	91.25	0	1.0	1.5%
	4-1) 병원 Alert시스템 운영	100.00			
	4-2) DUR 정보 수용도	87.50			
	〈5〉 환자인식시스템 운영	100.00	0.5	0.5	
	〈6〉 표준진료지침(CPI)운영	100.00	1.0	1.0	



DUR[Drug Utilization Review]_의약품안전사용서비스

10 DUR 평가지표



∞ 지방의료원관련 DUR 평가지표 현황['24년 평가, 심평원]

1. 신포괄지불제도 시범사업 정책가산

구 분		신포괄 시범사업 기관			지방의료원		
		전체 기관	100%미만 기관	기관수 차지비율	전체 기관	100%미만 기관	기관수 차지비율
표준	DUR 점검률	117.5%(91개소)	90.4%(23개소)	25.3%	101.9%(35개소)	91.3%(19개소)	54.3%
	처방변경+사유기재율	99.2%(91개소)	98.9%(75개소)	82.4%	99.7%(35개소)	99.5%(21개소)	60.0%

2. 의료질 평가

구 분		의료질 평가 기관(종병 이상)			지방의료원		
		전체 기관	100%미만 기관	기관수 차지비율	전체 기관	100%미만 기관	기관수 차지비율
표준	DUR 점검률	112.6%(367개소)	87.9%(70개소)	19.1%	102.5%(31개소)	91.3%(12개소)	38.7%
	의약품 중복처방 예방률	98.9%(367개소)	98.7%(293개소)	79.8%	99.7%(31개소)	99.3%(13개소)	41.9%

10 DUR 평가지표

○○○

○○○ DUR 평가지표 점수 개선 방안[심평원]

구 분	신포괄지불제도 시범사업 정책가산 (35개소)	의료질 평가(종병 이상)(31개소)
지방 의료원 문제점	- DUR 점검률 저조기관 다수(19개소, 54.3%) - 처방 DUR 미 점검 및 전송 미 완료 - 처방전 간 병용금지, 동일성분 중복 입원 · 외래 건 - 처방 미 변경 시 부적절한 사유 기재(21개소, 60.0%) - 정형화된 처방 사유 코드 미사용, Text 기재	- DUR 점검률 저조기관 다수(12개소, 38.7%) - 처방 DUR 미 점검 및 전송 미 완료 - 항정 · 항정 외 의약품의 외래 동일성분 중복 건 - 처방 미 변경 시 부적절한 사유 기재(13개소, 41.9%) - 정형화된 처방 사유 코드 미사용, Text 기재
해결 방안	DUR 점검 누락 여부 확인 - 기관 시스템 상 DUR 점검이나 팝업 창이 달려 있는지 시스템 점검 - DUR 점검이 모든 진료과에서 실시되고 있는지, 최종 전송완료 없이 팝업 창 삭제 후 약 처방 여부 등 확인 필요 ※ 요양기관 업무포털(https://bizhira.or.kr) / 모니터링 / DUR 정보 / 기관별 DUR 점검완료 현황 / 전체 DUR 점검현황(전체 상황 파악용) 과 점검건수 현황(청구 처방전수 대비 DUR 처방전수 현황, DUR 평가지표 현황(의료질평가), 처방전 조회 및 취소 수시 확인 필요 DUR 점검항목 별 사유기재 하고 처방 약제를 미 변경 할 경우 - 점검항목에 맞는 적절한 정형화된 처방 사유 코드 기재(A~Y), Text 기재 시 의 · 약학적 적정한 사유를 기재 예) Text에 주치의 처방, 처방이 필요해서, 필요함, 개인 사유, 중복 아님 등은 부적절한 사유	



POA관련 개선활동

11 POA 관련 개선활동 사례

○○○

○○○ 환자정보

성별	남	나이	89	퇴원과	내과
재원일수	16	입원과	내과	진료결과	퇴원

○○○ 최종진단

진단구분	상병분류기호	진단명	입원시 상병여부
주진단	J18.9	Pneumonia, unspecified	YES
부진단	J26.9	Pulmonary embolism NOS	NO
부진단	I80.2	Deep vein thrombosis NOS	NO

○○○ 주호소

fever

○○○ 입원사유 및 현병력

기존 천식등으로 본원 내과 f/u 중인 환자
최근 수일전부터 cough, dyspnea. sputum 등 있어 내과 외래 방문
외래에서 fever, desaturation 보여 ER refer 후 폐렴 진단되어 입원함

○○○ 경과요약

폐렴, COPD에 대한 약물치료 시행함.
치료 도중 증상 악화 발생하여 검사한 Ct, sono에서 PTE, DVT 진단되어 12/28 항응고제, 이뇨제 처방 시작됨.
추후 진료계획) 외래 방문 S/E f/u
23/12/28 리록시아 15 bid 3주 -> 1/18목 이후 20 6개월 -> 7/18 이후 10 유지

11 POA 관련 개선활동 사례



∞ 검사소견

검사일자	검사결과일자	검사명	검사결과
2023-12-21	2023-12-21	씨티촬영(ct) CT, HR Chest	[reading] # limitation for evaluation due to nonenhanced examination airspace consolidation in the RLL -> Pneumonia focal spiculated consolidation in the LLL medial -> s/o indetermined malignancy Postinflammatory sequelae in RUL Atelectasis of the RML, probably benign nature
2023-12-21	2023-12-21	생화학 AST(GOT)	72
2023-12-21	2023-12-21	생화학 ALT(GPT)	63
2023-12-21	2023-12-21	생화학 CRP	16.50
2023-12-21	2023-12-27	세균검사 Candida albicans	Candida albicans
2023-12-28	2023-12-28	씨티촬영(ct) CT, Pulmonary Embolism (Enhance)	[reading] # Clinical information; decreased O2 saturation mild filling defects in the pulmonary arteries of Lt lung -> PTE moderately decreased pneumonic consolidation in the RLL markedly decreased focal spiculated consolidation in the LLL medial -> benign inflammatory lesion, more likely Postinflammatory sequelae in RUL Atelectasis of the RML, probably benign nature
2023-12-28	2023-12-28	초음파 진단 US, Doppler Lower Ext Vein	[reading] mild distension and thrombosis of the Lt calf veins -> mild DVT, Lt calf No remarkable DVT at bilateral femoral or popliteal veins
2023-12-29	2023-12-29	내과 초음파 진단 경흉부 심초음파-일반	[reading] 검사목적: PTE. COPD EKG: sinus tachycardia BP/PULSE:136/69/96 Ht/Wt/BSA:155/60/1.61 -LV cavity mild dilatation and LA enlarged - normal LV wall thickness - LA cavity size (46 mm. LAVI: 36 ml/m2) (LVIDd: 52.3 mm IVSd 7.83 mm. LA size 46 mm. Ao 37 mm) - ascending aorta dilatation (40mm) - normal LV systolic function (EF 60 %) - no RWMA - mild AV thickening and mild calcification - mild TR (Vmax : 3.33 m/s) RVSP 49mmHg. mild to moderate resting pul HTN - mild MR - no pericardial effusion - impaired relaxation of mitral inflow (E/e` 7.8) - TAPSE 17mm 결론) 1. LA and LV mild dilatation 2. ascending aorta dilatation 3. mild TR. RVSP 49mmHg. mild to moderate resting pul HTN 4. mild MR 5. diastolic dysfunction G I

∞ 진료내역



입원2일째

가래에서 실팍줄이 보인다고 함. 피는 더 이상 보이지않는다. 기침 심하다. 눈 결막염이 안 낫는다.

O) 36 90% 2 l

A) 1. pneumonia, RLL 2. r/o lung ca. LLL 3. known COPD, asthma BPH 결막염

P) 항생제 유지. 기침약 추가.

11 POA 관련 개선활동 사례

○○○

○○○ 진료내역

입원5일째

기침,가래 어제보다 줄었고 자다깨다 했는데 잠도 좀 주무시는것 같다고 함. 소변은 밤사이 3번 봤다고 함. 우측 다리 부종, 얼굴 부종 호소
WBC 9.2 ▲ 11.7 / CRP ▲ 3.85 ▲ 16.50 / Blood Culture No growth after 2day
CXR: Rt lung 병변 감소 / exp wheezing +

A) 1. pneumonia, RLL 2. r/o lung ca. LLL 3. known COPD, asthma BPH 결막염

P) 항생제 유지 / 수액 중지
solon 24일 -20mg

입원7일째

밤새 기침 너무 심해서 잠 못 잠. 다리 부종이 더 하다.

CXR: RLL 병변 약간 악화

PE: exp wheezing

WBC ▲ 10.7 9.2 / CRP ▲ 1.00 ▲ 3.85 / Creatinine 0.70 ▼ 0.59

A) 부종 1. pneumonia, RLL 2. r/o lung ca. LLL 3. known COPD, asthma BPH 결막염

P) 항생제 유지. 소론도10 감량. 객담확인
O2 Sat 87%로 감소. 보호자에게 상급병원 전원 다시 권유
이뇨제 추가
O2 3L 올린 후에도 85% 나옴
icu전실 권유 - 일인실 그대로 사용하고 싶다함
predis, lasix iv 처방
트리악손 -> 타조페란 변경

11 POA 관련 개선활동 사례

000

000 진료내역

입원8일째

O2 계속 감소 82% 까지 -> 5L 마스크 증량, PEx: wheezing - 더 심해진 않아 보임

r/o PTE

chest CT

2L 91%

mild filling defects in the pulmonary arteries of Lt lung

-> PTE

moderately decreased pneumonic consolidation in the RLL

markedly decreased focal spiculated consolidation in the LLL medial -> benign inflammatory lesion, more likely

Postinflammatory sequelae in RUL. Atelectasis of the RML, probably benign nature

A) 폐색전증/DVT : 리록시아 12/28목 시작 -

부종 1. pneumonia, RLL 2. r/o lung ca. LLL 3. known COPD, asthma BPH 결막염

P) doppler sono

mild distension and thrombosis of the Lt calf veins -> mild DVT, Lt calf

NOAC 처방 12/28목 : 출혈 위험성에 대해 보호자(첫째아들) 설명드리고 투약하기로 함

리록시아 15 bid 3주 -> 1/18목 이후 20 6개월 -> 7/18 이후 10 유지

내일 echo

입원13일째

다리 부종 남음. wheezing 약하게 들림.

CXR: RLL병변 약화 36.5 93% WBC 9.2 ▲ 11.1 Potassium(K) 3.5 ▼ 3.3 CRP 0.44 ... 0.44

A) 폐색전증/DVT : 리록시아 12/28목 시작 -

부종 1. pneumonia, RLL 2. r/o lung ca. LLL 3. known COPD, asthma BPH 결막염

P) lab f/u -항생제/k-cont /네블라이저 중지 고려

기침약 감량 고려

