

간헐적 위관영양

번호	절차	이론적 근거
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.	간호를 수행하기 전에 손과 팔의 피부에 머무르는 미생물의 교차감염을 방지하고 대상자를 보호하기 위함
2	처방된 위관영양액을 포함하여 필요한 물품을 준비한다.	정확한 간호수행을 하기 위함
3	처방된 위관영양액을 체온 정도의 온도로 데운다. (말로 표현)	① 뜨거운 음식물은 위장관에 자극을 줄 수 있다. ② 찬 음식물은 환자에게 불쾌감과 오한을 느끼게 하고, 혈관을 수축하며 소화액 분비를 감소시켜 경련을 초래할 수 있음
4	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.	대상자의 긴장감을 완화하고 협조를 구할 수 있다.
5	손소독제로 손위생을 실시한다.	미생물의 전파를 방지한다.
6*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.	정확한 간호수행을 위한 절차이다.
7	대상자에게 위관영양을 하는 목적과 절차를 설명한다.	대상자와 보호자에게 설명을 하면 불안감을 감소시키며 협조를 증진시킨다.
8	금기가 아닌 경우 대상자를 30~45° 정도 앉은 자세를 취하게 한다(일어나지 못하면 오른쪽으로 눕힌다).	주입한 영양액이 역류하거나 대상자가 구토할 경우 기도 흡인을 방지한다.
9	손소독제로 손위생을 실시한다.	미생물의 전파를 방지한다.
10	대상자의 옷에 고정되어 있는 위관을 풀고, 꺾은 후 마개를 빼고 위관에 소량의 공기가 든 주사기를 연결한다.	비위관 위치는 매 급식 전 반드시 확인해야 한다.
11*	꺾어 쥘 위관을 풀고 위관을 위벽에서 분리하기 위해 공기를 주입한 후 주사기로 위 내용물을 흡인하고, 내용물이 소화액인 경우에는 위로 다시 주입한다. ※ 참고) 흡인해 낸 위 내용물이 200~250mL 미만이면 위로 다시 주입하고, 250mL 이상으로 소화가 안 된 채 나오면 영양공급을 하지 않고 의사에게 알린다.	소화가 되지 않은 채로 영양액을 주입하면 오심 및 구토를 유발 하며, 위장 내 음식이 남아 있는 상태에서 영양액 투여 시 역류로 폐흡인 위험성 발생
12	위관을 꺾어서 쥐고 주사기를 분리하고 위관 마개를 막는다.	위장에 공기의 유입으로 인한 팽만을 유지한다.
13	처방된 위관영양액을 담은 용기를 주입세트와 연결한 다음 공기를 끝부분까지 제거하고 대(pole대)에 건다.	① 걸대는 45~50cm 높이를 유지한다. ② 걸대가 너무 높으면 설사, 구토를 유발한다.
14	주사기 내관을 제거한 뒤 위관을 꺾어 쥘 후 위관 마개를 열고 위관에 주사기를 연결한다.	
15*	실온의 물 15~30mL 정도를 주사기에 붓고 꺾어 쥘 위관을 풀어 천천히 주입하다가 주사기 끝에 물이 도달했을 때 다시 위관을 꺾어 쥐고 주사기를 제거한다.	관의 막힘을 확인하기 위함이다.
16*	걸대에 걸어둔 처방된 위관영양액 용기를 위관에 연결한 후 꺾어 쥘 위관을 풀고 용액을 천천히 주입한다. ※ 참고) 1분에 50mL 이하의 속도로 주입	① 간헐적 주입은 영양백의 경우 주입시간은 30~60분간에 걸쳐 중력에 의해 천천히 주입한다. ② 영양액이 빠르게 주입되면 고창, 복부 경련, 역류성 구토가 유발될 수 있다.
17	처방된 위관영양액을 모두 주입하여 용기 끝에 용액이 도달 했을 때 위관을 꺾어 쥘 후 용기를 제거한다.	
18*	내관을 뺀 주사기를 위관에 연결하고 실온의 물 30~60mL를 주사기에 부어 위관을 씻어준다.	물로 튜브를 통과시켜 튜브 내에 주입액이 남아 굳어지지 않게 한다.
19	물이 위관으로 다 주입되기 직전에 위관을 꺾어 쥘 후 주사기를 빼고 위관 마개를 막은 후 위관을 다시 제자리에 고정한다.	주입액이 역류되지 않으며, 튜브에 공기가 들어가지 않는다.
20*	대상자에게 구토를 예방하기 위해 앉아 있어야 함을 설명하고 현재의 자세(30~45° 앉은 자세)를 30분 이상 유지하도록 한다.	① 주입액의 흡수를 도와준다. ② 좌위가 어려운 경우 상체를 약간 높은 우측위를 취해준다. ③ 대상자의 협조를 구할 수 있다.
21	사용한 물품을 정리한다.	다음 간호 수행을 빠르게 할 수 있다.
22	물과 비누로 손위생을 실시한다.	미생물의 전파를 막을 수 있다.
23	수행결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 날짜 및 시간 2) 용액의 양과 형태, 주입시간 3) 대상자의 반응 4) 대상자의 팽만감이나 구토증 5) 대상자의 자세	법적으로 간호수행에 대한 보호를 받을 수 있다.