

Súlyos betegek ápolása az „intenzív terápiás egységben”*

Írta: Wittek László dr. orvosőrnagy

A súlyos betegek ellátásának, ápolásának legkorszerűbb módja és külföldön általában, de újabban hazánkban is helyenként már bevezetett formája az, hogy ezeket a betegeket egy-egy osztály, vagy egy egész intézet külön e célra elkülönített részében helyezik el.

Régebben postoperatív őrzőnek nevezték ezt az ápolási egységet, minthogy azonban előnyösen felhasználható nem operált, nem sebészeti súlyos betegek ellátására is, újabban egyre inkább „intenzív terápiás egység” néven említik.

Miért előnyös egy ilyen őrzőnek, vagy „intenzív terápiás egységnek” a felállítása? Mindenek előtt azért, mert itt lehet összegyűjteni az osztálynak, esetleg az egész kórháznak a súlyos betegeit, itt lehet összegyűjteni a legjobban képzett nővéreket, valamint mindazon készüléket, gépet, amelyek az intenzív terápiának, az intenzív ápolásnak elengedhetetlen feltételei. Ezekből az következik, hogy az osztálynak, esetleg az egész kórháznak a vezetősége fő figyelmét helyileg is egy betegcsoportra tudja koncentrálni, még pedig a legsúlyosabb betegcsoportra, vagyis egy aránylag rövid vízzel az egész osztálynak legsúlyosabb beteganyagát kézben tudják tartani. További előnyt jelent, hogy az ápolásban nincs különbség a nappal és az éjjel között, mert éjjel is megfelelő számú és jól képzett nővér van szolgálatban. Továbbá azért, hogy az ilyen őrzősobákban az összes gyógyszert és felszerelést magában az őrzőben tárolják, a betegeknek az ápolása — noha magasabb szinten történik — mégis aránylag kevesebb munkát ad az ápoló személyzetnek azért, mert megkíméli a kötöző és a betegszoba közötti járkálás fáradalmától. Az őrző működése előnyösen hat vissza az osztály könnyűbeteg részének az ápolására és ellátására is, mivel az osztály tehermentesül a súlyos betegek gondjától és így a kivizsgálás alatt álló, vagy lábadozó betegek ellátása lényegesen egyszerűbbé, könnyebbé válik.

Egyedül az ilyen intenzív terápiás egységben valósítható meg az ápolás bizonyos tennivalóinak abszolút rendszeres, órára, percre beosztott végrehajtása, amire az aránylag nagylétszámú állandó szolgálat és a jól összeválogatott felszerelés ad lehetőséget. Az osztály, illetve intézet legjobb nővéreit kell ide összpontosítani, akiknek állandó továbbképzését, tudásuk állandó frissen tartását jól megtervezett, rendszeres előadásokkal és gyakorlatokkal lehet és kell biztosítani. Az intézet, vagy osztály más nővérei is sokat tanulhatnak néhány heti „intenzív terápiás egység”-beli szolgálat kapcsán. Nem lebecsülendő az a megnyugtató érzés sem, amit az itt ápolott betegek, valamint hozzátartozóik éreznek, a nagyobb számú személyzet, a jó felszerelés és a rendszeres, valóban korszerű ápolás láttán.

Az egység általában az anaesthesiológus vezetése alatt áll, aki szorosan együttműködik a sebészeti osztály vezetőjével. Ugyancsak célszerű állandó belgyógyász konziliáriusról gondoskodni. Az anaesthesiológus irányítja a beteg általános állapotával kapcsolatos terápiát, mint a légzés, keringés, víz- és elektrolit-háztartás körüli tennivalókat, szervezi és irányítja az ápolási munkát, a resuscitációs készenlélet és beavatkozásokat. A sebész végzi a szorosan vett sebészi, tehát a műtéti sebbel kapcsolatos és a műtét jellegéből folyó speciális terápiá irányítását. Lehet a munkát úgy szervezni, hogy az osztályvezető se-

* Az 1961. május 19—20-i Nővérkonferencián tartott előadás alapján.

bész szuverén módon határozza meg minden itt ápolt betegnél az utóbbi teendőket és lehet úgy, hogy csak az ellenőrzés jogát tartja fenn és a betegek sebészi kezelését annak az orvosnak engedi át, aki a műtétet végezte. Emellett célszerű az egységbe állandó beosztott orvost rendszeresíteni a therapiás beavatkozások folyamatos és egységes végrehajtására, az ápolási munka közvetlen irányítására és ellenőrzésére. A sebészeti osztály másodorvosi karának jó továbbképzési lehetőséget nyújt, ha ez a beosztott orvos közülük kerül ki pl. $\frac{1}{2}$ —1 éves váltásokkal.

Olyan nagy ágylétszámú intenzív therapiás egységekben, amelyek nagy intézetek különböző profilú osztályainak központi őrzői feladatát látják el, célszerűbb állandó beosztott orvost, vagy orvosokat foglalkoztatni.

A nővérlétszám meghatározása szempontjából azt kell figyelembe venni, hogy az egységnek később említendő feladatai mellett — sőt előtt — döntő és alapvető feladata, hogy az osztályokon megszokottnál lényegesen magasabb szintű, kulturált ápolást biztosítson betegei számára. Ennek érdekében nem számíthatjuk a létszámot az osztály szokott normái alapján. A külföldi, sőt újabban már hazai tapasztalatok is azt mutatják, hogy egy nőverre 4 betegnél többet számítani nem lehet. Emellett az ápolónő képzettségével szemben támasztott követelmény is magas. Négynél több beteget egy nőver csak az ápolási nívó rovására tud ellátni. Kivételt talán csak az éjszakai műszak képez, de itt is nagyon óvatosan kell a szükséges nővérlétszámot megítélni.

Az őrző feladata többrétegű. Legfontosabb, hogy a beteg életfolyamatait optimális körülmények között tartsa fenn, elsősorban a keringést, a légzést, a só- és vízháztartást; továbbá biztosítsa a speciális sebészeti tennivalók ellátását, tehát a kötözéseket és a csikcseréket helyben lehessen elvégezni. Harmadszor: a műtéttel kapcsolatos szövödmények lehető elhárítása is feladatai közé tartozik, elsősorban a gondos megfigyeléssel és lelkiismeretes ápolással. Ha mégis létrejöttek ezek a műtét utáni szövödmények, ezeknek az azonnali kezelése szintén az őrző egyik fő feladata. Pl. egy műtét utáni tüdőgyulladás kapcsán keletkezett magas láz hamar észrevevődik még akkor is, hogyha az az előző lázmérés után egy órával alakult ki, hiszen újabb három, vagy három és fél óra múlva megint lázat mérnek, ez felhívja a figyelmet valamilyen rendellenességre, amit jelenteni kell az orvosnak, az orvos megállapítja a kezdődő tüdőgyulladást és annak felszámolására a megfelelő gyógykezelést azonnal megindítja. Ha nem ilyen szoros a megfigyelés, elképzelhető, hogy a bajnak ez a felfedezése esetleg csak 10—12 órával később történik meg, és ezzel egyidejűleg a hatásos gyógykezelés bevezetése is csak 10—12 óras késéssel indul meg. Végül megemlítem az őrző feladatai közül talán a leghörsibb küzdelmet, amikor a hirtelen keletkezett, közvetlen életveszélyt jelentő kóros állapotok megszüntetésére és kezelésére vállalkozik. Gondolok itt pl. a hirtelen szívmeállás kapcsán előállott teendőkre, amiknek elvégzése az őrző szervezete folytán nagyobb sikerrel kecsgetet, mint hogyha osztályon ápoljuk súlyos betegünket és ez a szövödmény az osztályon fordul elő. Ide tartozik továbbá a sürgős tracheotomiáknak az elvégzése. Vagy pl. egy kóros, az étellel összeegyztethetetlen magas lázzal járó állapot hirtelen kialakulása esetén bevezetett mesterséges hibernatiós kezelés.

Mindezen felsorolt feladatot őrző nélkül szintén el lehet végezni, de nyilvánvaló, hogy a ráfordított energia és fáradság lényegesen nagyobb, mint ha olyan helyen végezzük ilyen munkánkat, amelyik szervezeténél, berendezésénél fogva konceptráltan ezen feladatok megoldására hivatott. Ami a sebészeti őrző elhelyezését és felszerelését illeti: célszerű a műtővel azonos szinten és a műtő közelében elhelyezni. Így a betegeknek az átszállítása a lehető legegyszerűbb.

Helyiségei állnak: betegszobákból, esetleg egy nagy teremből, amelyet boxokra osztanak falak, vagy függönyök. Kell, hogy legyen egy kiszolgáló mosóhelyisége és jó, ha van egy kis teakonyhája is, amelyik ne legyen nagyobb, mint egy resónak és egy frizidernek a befogadására szolgáló kis helyiség. Ugyancsak a felszereléshez tartozik, hogy lehetőleg mesterséges klimatikus berendezéssel legyen ellátva. Ezzel az őrzőben állandó hőmérsékletet, páratartalmat, friss levegőt tudunk biztosítani. Gondoskodni kell oxigen adás lehetőségéről. Ha nem is kell minden ágyhoz egy-egy oxigenpalackot számítani, de mindenesetre abból kell kiindulni a felszerelésnél, hogy egyszerre több beteg is oxigen-terápiára szorulhat. Gondoskodni kell megfelelő számú szívóról, mert pl. a narcosis utáni szakban a garat tisztítására legalkalmasabb módszer a leszívás. A korszerű őrzőhöz egy, de inkább két, vagy több tartós gépi lélegeztetésre alkalmas készülék tartozik és jó, ha az őrzőnek külön tüdőtöltő készüléke is van. Szükséges megfelelő számú infúziós szerelék, de emellett thoracotomiás, tracheotomiás és véna-praeparáló tálcának is lennie kell az őrzőben, mert ezeknek a sürgős felhasználása adott esetben a korábbi gyakorlattól eltérően nem a műtőben, hanem itt az őrzőszobában történik. Magától értetődik, hogy a legnagyobb kötözéseket is el kell, hogy tudja látni az őrző a saját anyagából, tehát a kötözéshez szükséges megfelelő műszerek és kötszerek is megtalálhatók itt. Tekintettel arra, hogy a betegeket csak minimális mozgatásnak szabad kitenni, a kötözőeszközök tárolása legcélszerűbb kötözőkocsin, mert a kocsival bármelyik ágyhoz oda tudjuk vinni a kötözéshez szükséges eszközöket. Szükség van az őrzőben ezenkívül altatóasztalra, műszerek sterilizálására alkalmas sterilizátorra, elektromos ágymelegítőre, lehetőleg annyi vérnyomásmérőre, ahány ágy van az őrzőben. Az őrző saját felszereléséhez hozzátartozik egy tolokocsi, mert a betegek az őrzőből az osztályra már tolokocsin kerülnek. Kívánatos, hogy az őrző ágyai guríthatók legyenek, tehát kerek ágyak, a szabad és könnyű mozgatás céljára. A kerek ágyak azonban megbízhatóan befékezhetők legyenek azért, hogy az ágyak alkalmatlan időpontban ne mozduljanak el. A speciális ágyak lehetővé teszik azt, hogy minimális erőfeszítéssel, tehát pl. egy karnak leforgatásával fej- vagy lábvég irányban billenthetők. Az ágyakat ráccsal is felszerelik, hogy az öntudatlan beteg le ne essék róluk. Tartozékok továbbá még egy, esetleg két állvány, amire a transfúziós, infúziós üvegeket akaszthatjuk. Végül néhány jól világító reflektor lámpát is találunk a korszerű őrzőben, mert a különböző kötözéseket, műszeres beavatkozásokat ezeknek a fényénél könnyebben végezhetjük el. Természetesen hozzátartozik az elmondottakhoz az, hogy az őrzőbe beosztott valamennyi nővérnek pontosan ismernie kell mind ezen eszközöknek, sőt a gyógyszereknek is a pontos helyét, hogy bármikor, esetleg sürgős szükség esetén is könnyűszerrel megtalálják azokat. A zár alatt tartott gyógyszerek minden körülmények közti hozzáférhetősége szempontjából a különböző zárukba nemcsak egy, hanem tartalék kulcsokat is be kell szerelni.

Az őrző valamennyi betege a műtőből kerül az őrzőszobába, a műtét végén már az őrzőszoba ágya készen várja a frissen operált beteget. Súlyos műtét után a sebész és az anaesthesiológus együtt kíséri át betegét az őrzőszobába, hogy haladéktalanul megadhassák a beteg ápolására vonatkozó általános és speciális utasításokat. Nem hagyhatják el a beteget addig, amíg az őrző ügyeletes nővére nincs teljesen tisztában a beteget fenyegető összes veszéllyel. Ekkor azonnal elkezdi ápolását és egyben a felügyelet felelőssége is őt terheli a továbbiakban. A közvetlen műtét utáni rendeléseket írásban is meg kell adni, amint a beteget átadják az őrzőszoba személyzetének.

A beteg átvételével egyidejűleg rögzíteni kell a beteg érkezesi állapotát. Ezt a nővér végzi és feljegyzí a következöket: az érkezés idejét, a beteg általános állapotát, a bőr színét, valamint a bőr egyéb jellegzetességeit, pl. hideg és nedves, vagy meleg és nedves, vagy meleg és száraz stb. Szerepelnie kell ebben az érkezéskor felvett dokumentációban valamilyen adatnak a beteg eszméletének állapotáról, tehát a beteg eszméletnél van, eszméletlen, vagy esetleg ébred. Fel kell jegyezni azt, hogy a kötésekben látszik-e valamiféle vérzés, vagy váladék. Magától értetődően felírják a közvetlen érkezéskor mért vérnyomás, pulusszám és légzésszám adatait. Szerepelnie kell annak, hogy kap-e oxygent a beteg, ha igen, milyen módszerrel: maszkon, káthéteren keresztül stb. Meg kell említeni ezen a lapon, hogy van-e valamilyen mester-séges légzőút a betegben, esetleg benne hagyták az intratrachealis tubust, vagy pl. Mayo-tubus van a szájában. Fel kell jegyezni azt a gyógyszerert, amelyet közvetlenül az érkezéskor kell adni a betegnek, ugyancsak rögzíteni kell a hőmérsékletét. Ilyenkor vagy szájban, vagy végbélben mérünk. Dokumentálni kell azt, ha a gyomorba vagy mellkasfalba drainsövet vagy káthétert helyeztek. Jelezzük továbbá a vizsgálatokat vagy kezeléseket attól fogva, hogy a beteg megérkezett, végül pontosan jegyezzük a beteg által felvett és kiadott folyadékot, ugyancsak az érkezéstől kezdve.

Vannak bizonyos ápolási elvek, amelyek tekintet nélkül az elvégzett mű-tésre, minden őrzőben ápolat betegre nézve kötelezők. Ilyen pl. a beteg elhelye-zése az ágyon. Ez, ha nem contraindicált valamilyen szempontból, oldalfekvés-ben történik, hátánál támasztékul párnákat helyezünk el. Térdeit enyhén be-hajlítjuk, ezáltal a hasfali varratok feszülését a minimálisra csökkentjük. Arcát ugyancsak oldalt fordítjuk és az állkapcsot lehetőleg kinyitjuk, hogy az aspira-tiónak a veszélyét a minimumra csökkentjük. A fej alá kb. 20×30 cm-es kis-párnát helyezünk addig, amíg teljesen magához nem tér. A légzést figyelni kell. Annak lassúnak, erőteljesnek, mélynek és ritmusosnak kell lennie. A légutak elzáródásának korai jele a légzés ritmusának megváltozása, vagy az, hogy horkolóvá válik, esetleg cyanosis lép fel. Amennyiben intratracheális tubussal ér-keznék a beteg, ennek eltávolítását az odahívott anaesthesiológus végzi el ak-kor, amikor a beteg már ébredzik. Az orr- és garatüreget gyakran le kell szivni, hogy a légutak tisztaságát biztosítani tudjuk. Amennyiben a beteg hányni kez-dene, fejét azonnal oldalra fordítjuk és az ágy lábvégét megemeljük, hogy ez-által is csökkentjük a hányadék aspiratiójának lehetőségét. Magától értetődik, hogy a vérnyomást, puluszt és a légzésszámot közvetlenül a beteg érkezése után megméri, ezeket a méréseket negyedóránként megismétlik és felírják, ha ne-talán a beteg shockos állapotban van, akkor még gyakrabban. A negyedórán-kénti mérést addig végezzük, amíg a beteg teljesen fel nem ébred. Azután min-den félórán addig, amíg az általános állapot stabilizálódik, tehát nem ugrál-nak sem a vérnyomásnak, sem a pulusszámnak az értékei. A továbbiakban óránként mérünk. 90 Hgmm alatti systolés vérnyomás értéket azonnal jelen-teni kell az orvosnak. Amennyiben a beteg az éjszakát is az őrzőszobában tölti, vérnyomását, pulusát és légzésszámát általában 2 óránként mérjük. Ezzel egy-részt kézben tartjuk a beteget, másrészt alvását nem zavarjuk túlságos mér-tékben. A pulusznak nemcsak a számát, hanem a teltségét és ritmusát is meg kell figyelni és fel kell jegyezni. Általában 110 feletti, vagy 60 alatti pulus-számot, vagy azt, hogy a pulus esetleg arhythmiássá válik, ugyancsak jelenteni kell. Már a beteg érkezésekor, de a későbbiekben is figyelni kell a bőr állapo-tára, annak változásait ugyancsak fel kell jegyezni. A bőr tapintásának külön-böző minőségei rendkívül fontos jelei lehetnek a vérzésnek, hypoxiának, eset-leg lappangva kifejlődő shocknak, vagy pl. hypercapniának.

Minden intravenásan adott folyadékot, infusiót, vért gyakran ellenőrzünk. A drainsövek, vagy a gyomorba vezetett csövek, gastrostomiás csövek, mellkasi csövek és káthéterek óránként ellenőrzendők, utóbbiakat a megfelelő üvegtartályokkal ha-ladéktalanul össze kell kötni. Igen helyes, ha az üvegek oldalára ragtapaszcscsikot te-

szűnk és azon időről időre megjelöljük a csövön keresztül kivezetett folyadék, váladék nivóját és a mérés idejét. Ezzel bármikor ellenőrizni lehet a váladéknak, a vérnek a felgyűlését az üvegekben mennyiségi szempontból, de az idő szempontjából is, mely utóbbinak szintén nagyon nagy jelentősége lehet. Az előírt postoperatív rendelkezéseket az ügyeletes nővér haladéktalanul végre kell, hogy hajtsa. A beteg hőmérsékletét meg kell mérni közvetlenül az őrzőbe való beszállításkor, azután pedig 4 óránként. Ugyancsak szükséges, hogy transfusio után soronkívül is megmérjük, pulzusát és légzését megszámláljuk, s ezt szintén jegyezzük. Amennyiben esetleg szokatlan értékeket találnak, ezeket a méréseket és számolásokat gyakrabban meg kell ismételni. A beteg elhelyezkedését az ágyban gyakran változtatni kell, hogy a tüdőszövődményeknek elejét vegyük. Mihelyt a beteg teljesen felébredt, az ágy fejrészét enyhén felemeljük, hacsak az elvégzett műtét, vagy az érzéstelenítés jellege ezt nem ellenjavallja. A beteget köhögtetni kell, mély légzésre és az ágyban való mozgásra kell ösztökélni. Ezeket ugyancsak rendszeresen végezzük, legalábbis óránként. Ne felejtjük, hogy a köhögés nehezen megy olyan betegnek, aki nyaki, mellkasi, esetleg felső hasi műtéten esett keresztül. Ha a beteg nem tud spontán köhögni, úgy szükséges esetén mesterségesen kell, hogy megköhögtesse. Az őrzőszoba nővéreinek ismerniük kell ezeknek az eljárásoknak a fontosságát és segíteniük kell a beteget, hogy a súlyosabb szövődményt el tudják kerülni.

A gerinc-érintésben operált betegek fokozott megfigyelésre szorulnak abból a szempontból, hogy nem csökkent-e a vérnyomásuk. Lábszárukat és lábfejükét mindenféle szükségtelen nyomástól meg kell kímélni, pl. a takaró nyomásától. Az ilyen beteg vérnyomásának az ellenőrzését mindaddig folytatni kell, amíg teljesen vissza nem tér az alsó végtagok mozgásképesége, valamint fájdalomérzése. A fektetéssel kapcsolatos utasításokat be kell tartani, mind az elhelyezkedéssel, mind pedig az elhelyezkedés időtartamával kapcsolatban. Ezeket a betegeket általában laposan fektetjük, kis párnával a fejük alatt.

A hólyag működése zavart lehet akár altatás, akár gerinc-érintés után. A beteget minden lehetséges eszközzel spontán vizelésre kell ösztökélni. A hólyag túlzott kitérülését el kell kerülnünk, a beteg ilyen természetű panaszát azonnal jelenteni kell az orvosnak. A gyomorba vezetett gumicsöveket eldugulásuk megelőzése céljából át kell szívni az első két órában negyedóránként, később minden órában, hacsak az orvos másképpen nem intézkedett.

Alapszabály, hogy az őrzőszobában rutinszerűen minden betegnél mérni és jegyezni kell a felvett és leadott folyadék pontos mennyiségét. Valamennyi, a szervezetből kikerülő folyadéknak mennyiségét, jellegét meg kell vizsgálni és fel kell jegyezni, nemcsak a vizeletét.

Azoknak a betegeknek az ágyán, akiknek mellkascsőveik vannak összekötvé szívóüveggel, készenlétben kell tartanunk két fogót, rendszerint Lumitzert. Ezeknek az a szerepük, hogy velük hirtelen elfoghassák a csöveket abban az esetben, ha esetleg összetörnének a szívóüveg. Ilyenkor könnyen ptx. keletkezik, és súlyos légzési elégtelenség állapotába kerül a beteg.

Fél-egy óránként ellenőrizni kell a kötéseket, hogy azokon valamely látható átütés nincs-e, tehát vér vagy egyéb váladék. Ha ilyen van, azt azonnal jelenteni kell az orvosnak. A műtési terület fájdalma olyan jelenség, amellyel minden beteg küszködik a postoperatív szakban. Nem kell a beteget szenvedni hagyni és minden esetre, ha valamilyen szokatlan fájdalomról panaszodik, erre az orvosok figyelmét külön is fel kell hívni. Minden pajzsmirigy- és általában minden radikális nyaki műtéten átesett betegnél lehetséges, hogy megbújva a kötés alatt, haematoma keletkezik. Ezt szintén azonnal jelenteni kell, mert a vérzésen kívül a fulladás veszélyét is magában rejt. Nagyon ki kell emelni, hogy a beteg higiénikus szájápolásáról gondoskodnunk kell. A szájöblítést olyan gyakran kell végezni, ahogy csak lehetséges: természetesen csak a beteg ébredése után. Ez pl. olyan ápolási tevékenység, amiről gyakran meg-

feleldekezünk. Pedig aki egyszer valamilyen súlyosabb betegségen átesett, bizonyíthatja, hogy mit jelent közérzet szempontjából a gyakran elvégzett üdítő szájápolás.

Valamennyi szívócsövet hosszú ragtapaszokkal a testhez és azonkívül még az ágyhoz is rögzítenünk kell, mégpedig úgy, hogy az a beteg mozgását lehetőleg ne akadályozza. Ezzel a csövek kiesését előzzük meg. Az infúsiókat gyakran és rendszeresen ellenőrizzük, hogy nem mennek-e paravénásan és a csepszám megfelelő-e. Amennyiben lehetséges, a beteg karját alá kell támasztani úgy, hogy a mozgás emellett csak minimálisan korlátozódjék.

Ezek az általános ápolási elveken kívül érdemes két rutinszerű ápolásról, a betegek esti és reggeli ápolásáról külön is néhány szót szólni. Az estit a délutános műszak, a reggelit az éjszakai műszak hajtja végre. Az esti ápolás minden betegnél áll: vérnyomásmérésből, hőmérsékletmérésből, pulsus- és légzésszám meghatározásából, a beteg kezének, arcának, hátának lemosásából és szájbéltisztításból. Meg kell nézni ezenkívül a kötéseket és draincsöveket. Szükség esetén a lepedőt, ill. az elszennyezett ágyneműt ki kell cserélni éjszakára. A reggeli ápolás ugyancsak vérnyomásmérésből, a pulsus-, a légzésszám meghatározásából és hőmérsékletmérésből, valamint szájbéltisztításból áll. A beteget tetőtől talpig teljesen le kell mosni minden reggel. Végül, ha a beteg aznap visszakerül az osztályra, akkor csak az elszennyeződött ágyneműt kell kicserélni, egyébként azoknak a betegeknek az ágját, akik több napra az őrzőben maradnak, teljesen át kell húzni naponta, sőt, ha az szükségessé válik, még gyakrabban is. Az őrző nem maradhat nővér nélkül, de semmiképpen sem szabad a betegeket magukra hagyni akkor, ha köztük eszméletlen vagy akár csak zavart eszméletű beteg van. A legsúlyosabb betegeket lehetőleg az ajtó közelében, a műtő irányában helyezzük el. Semmiféle gyógyszert nem adhatnak az őrzőben az orvos írásbeli rendelete nélkül. A beadott gyógyszert viszont haladéktalanul fel kell jegyezni. A beteget ne vigyük vissza az osztályra látogatási idő alatt. Fontos, hogy a szolgálatba lépéskor meghatározzák a nővérek ebédelési sorrendjét, nehogy előforduljon, hogy valamennyi nővér egyszerre megy az étkezdébe és az őrzőszoba nővér nélkül marad. Általános szabály az is, hogy azoknál a betegeknél, akik erre képesek, és akiknél ezt a sebész elrendelte, a szájon keresztül folyadékfelvételt minden műszakban erőltetni kell. Az őrzőszobában urethrális kathétereket, hánytálcát, vagy végbélsöveket ne tisztítsanak, ezekre használják az őrzőhöz tartozó megfelelő tisztító helyiségeket. Végül eszméletlen beteg soha, semmiféle körülmények között nem kaphat semmit szájon keresztül. Ha viszont a betegnek inni adnak, azt megint csak fel kell jegyezni a felvett folyadékok listájára.

Az őrző betegeit általában csak a közvetlen hozzátartozók és egyszerre szigorúan véve maximum két személy látogathatja és legfeljebb negyed óráig tartózkodjanak nála. Az olyan beteget, akinek az állapota válságos, csak a legkövetlenebb családja látogathatja, azok is csak egyenként és maximálisan 5 percre. Sem a hozzátartozók, sem pedig a beteg nyugalma nem szolgálja, ha az ilyen válságos állapotban levő beteget még beszélgetéssel is fárasztják. Vanak, akik az őrzőben a látogatást kategórikusan megtiltják.

A beteg a sebésznek és az anaesthesiológusnak a meggyezése alapján kerül vissza az osztályra. Valamennyi rávonatkozó dokumentációt — beleértve az őrzőszoba kórlapjának a másolatát — össze kell gyűjteni. Az őrzőszoba nővére felelős azért, hogy a betegnek ez a dokumentációja teljes legyen. Feltétlenül rögzíteni kell a beteg állapotát az őrzőből való elbocsátás idején, valamint az elbocsátásnak az idejét is. Amennyiben a beteg elő van készítve arra, hogy vizsgálatszerűen, az őrző főnővére, vagy ügyeletes nővére tájékoztatja az osztály ügyeletes nővérét a beteg általános állapotáról, valamint az esetleges speciális problémákról. A beteg távozása után ágját rendbe teszik és előkészítik az új beteg fogadására.

Az orvos a szükséges gyógyszereket és gyógykezeléseket a gyógyszerrendelési lapon írja elő. Ennek az első oldalán szerepel a dátum, a beteg neve, a

gyógyszer neve és adagja és az időpont, amikor adni kell. Ugyanennek a lapnak a hátlapjára speciális utasítások kerülnek. Pl. ha az első oldalon az orvos digitalist rendelt, a hátsó oldalon speciális előírásként ilyen utasítás lehet: nem kell beadni, ha a pulsus 64 alá süllyedne. A hátlapon szerepel még a nővérnek az aláírása, aki végrehajtotta a gyógyszer beadását.

Minden betegnek intensiv therapiás lapja van. Ennek a fejlécén szerepel az őrző megjelölése, a beteg neve és kora, a műtét neve, a sebésznek a neve, aki vitás esetekben a megfelelő felvilágosításokat meg tudja adni. Az egész lap vízszintes irányban sűrű vonalozással van beosztva, függőleges irányban a következő jelzéseket találjuk: óra, vérnyomás, pulsus, légzésszám, hőmérséklet, kezelések, gyógyszerek, folyadékbevitel i. v. vagy másképp, folyadékleadás vizelettel vagy másképp, végül megjegyzések. Erre a lapra kerül mindenféle észlelés, beavatkozás, ami a beteggel kapcsolatos, jelezve mindig az órát is, amikor az történt. Ezenkívül az őrzőszobában nővér-munkalapot is vezetnek. A nővérmunkalapon négy beteg számára van hely, a négy beteg rovatainak beosztása egyforma. Egy betegnél a következők kerülnek beírásra: dátum, a beteg neve és diagnosisa, hőmérséklet, pulsus és légzés. Mindezen adatok számára összesen hat beosztás van azért, mert négy óránként meg kell ismételni. Néhány szóval jegyzik a beteg diétáját és folyadékbevitelét, ugyancsak néhány szóban a kezeléseket és gyógyszereket, végül általános állapotát, egyéb megjegyzést. Ezen a munkalapon tehát négy betegnek az adatai szerepelnek és azt reggel nyolc órakor fektetik fel és másnap reggel nyolckor ennek alapján állítják ki az új munkalapot. A nyolcórás váltásokban a váltó nővérek átadják egymásnak a munkalapokat, ennek következtében valamennyi beteg egyéni átadás tárgyát képezi. Ismétlem: a munkalapra a beteg különböző adatai csak négyóránként kerülnek felírásra, tehát a nővérnek egy műszak alatt ezzel kapcsolatos teendője mindössze kétszer van.

Vezetni kell végül az őrzőben regiszter-könyvet. A regiszter-könyv a következőket tartalmazza: a beteg nevét, azt az osztályt, ahonnan a beteg érkezett, a sebész és az anaesthesiológus nevét, az altatás módját, az érkezés idejét, a távozás idejét, a műtét nemét, néhány szóban a therapiát, amiben a beteg az őrzőszobában részesült.

Körülbelül ennyi az adminisztráció, melyet a korszerű őrzőszobában vezetni kell. Nem öncélú tevékenység ez, hanem a betegek jobb ellátását szolgálja és a további kezelésüket könnyíti meg. A regiszter-könyvnek az a gyakorlati jelentősége, hogy ha a beteg egy idő múlva ismét visszakerül az őrzőszobába, régi adatait meg tudjuk találni.

Nyilvánvaló, hogy az osztály, ill. intézet jellege, az építkezés adottságai és sok más körülmény módosítja az intensiv therapiás egység szervezetét, munkamenetét. Az itt vázolt sem több, mint egy a sok lehetséges közül. Az elmondottak csak a főbb szempontok, amelyeknek az ilyen típusú őrzőnek meg kell felelnie. Nem kétséges, hogy az egyre kiterjedtebb műtéti beavatkozások és az egyre fokozódó therapiás és reanimációs lehetőségek szükségessé teszik a vázolt szellemben működő őrzők felállítását a korszerűség igényével fellépő intézetekben.
