

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ"



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΛΑΥΡΑΝΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ
1. ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ
2. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	426 b
----------------------	-------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	I
Αναγνώριση	II

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο

Ανατομία - Φυσιολογία του οφθαλμού	3
Νοσήματα του φακού	6

Κεφάλαιο 2ο

Ορισμός	9
..	
Παράγοντες που επηρεάζουν τον καταρράκτη	10
Είδη καταρράκτη	10
Συγγενείς καταράκτες	10
Επίκτητοι καταρράκτες	14

Κεφάλαιο 3ο

Διάγνωση του καταρράκτη	21
Καταρράκτης - Χειρουργική αντιμετώπιση	21
Προεγχειρητικός έλεγχος του ασθενή	22
Εγχείρηση καταρράκτη	22
Εγχείρηση καταρράκτη στην παιδική ηλικία	25
Αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής αφακίας	26

Κεφάλαιο 4ο

Προεγχειρητικές επιπλοκές	30
Εγχειρητικές επιπλοκές	31
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	32

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτικές διαδικασίες

Κεφάλαιο 5ο

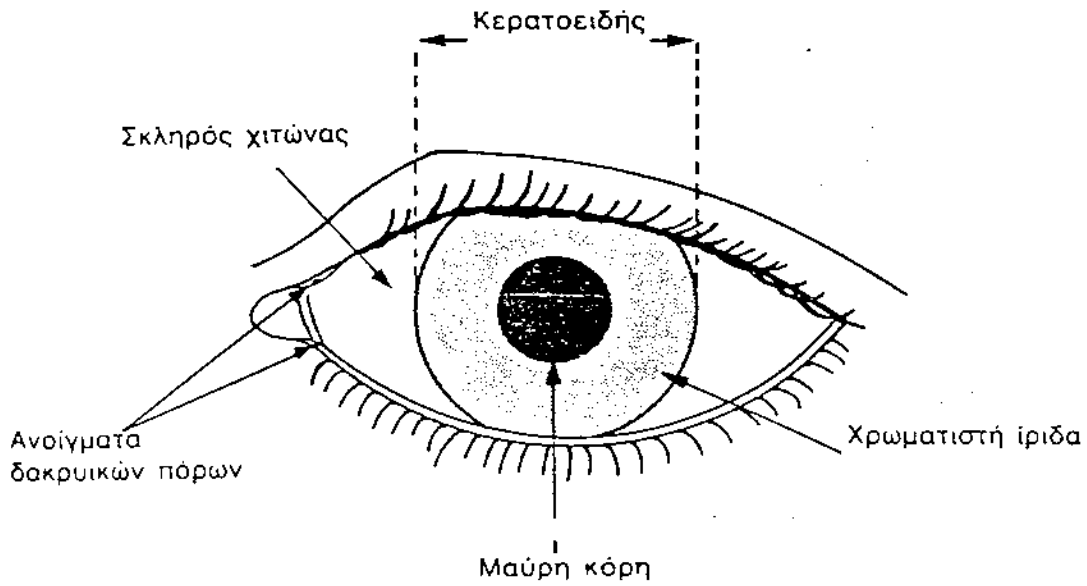
Φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς	38
Προεγχειρητική ετοιμασία οφθαλμολογικού αρρώστου	39
Μετεγχειρητική φροντίδα οφθαλμικού αρρώστου	41

Κεφάλαιο 6ο

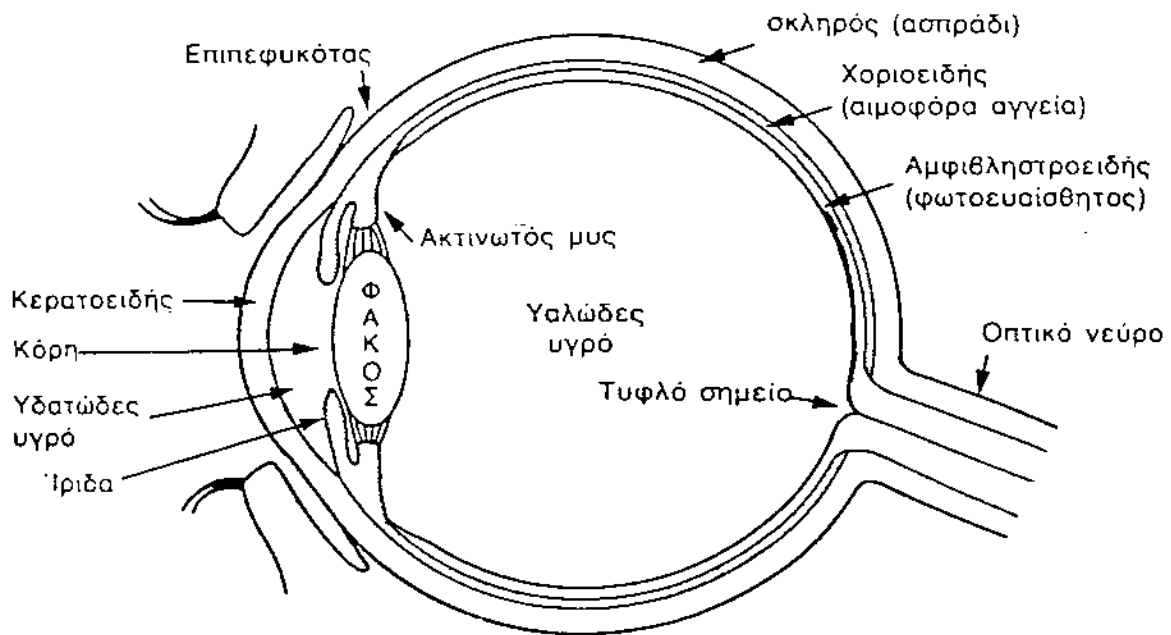
Περιπτώσεις ασθενών με καταρράκτη και νοσηλευτική διεργασία αυτών	46
Πρώτη περίπτωση	46
Δεύτερη περίπτωση	56
Επίλογος	67
Βιβλιογραφία	68

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το εξωτερικό του ματιού



Το εσωτερικό του ματιού



Η ανατομία του ματιού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μάτι είναι όργανο πολύ μεγάλης σπουδαιότητας και γι' αυτό η διατήρηση και προστασία της φυσιολογικής λειτουργίας του είναι πολύ επιτακτική.

Από την γέννηση του ανθρώπου μέχρι τα βαθιά γηρατειά η ακεραιότητα της λειτουργικότητάς του κινδυνεύει, γι' αυτό επιβάλλεται ανάλογη φροντίδα ασφαλείας.

Οι ασθένειες που προσβάλλουν τους οφθαλμούς είναι πολλές. Σ' αυτήν εδώ την εργασία θα ασχοληθούμε με την πάθηση του καταρράκτη.

Καταρράκτης είναι η απώλεια της διαφάνειας του φακού ή η θόλωση αυτού.

Η εργασία περιλαμβάνει 2 μέρη:

- 1. ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**
- 2. ΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Στο Γενικό μέρος αναφέρεται η ανατομία, φυσιολογία του ματιού περιληπτικά, στην συνέχεια αναφέρεται στα είδη του καταρράκτη, την διάγνωση και την θεραπεία του.

Στο Ειδικό μέρος αναφέρονται οι νοσηλευτικές διαδικασίες όπως είναι: οι φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του αρρώστου. Επίσης στο Ειδικό μέρος αναφέρεται η προεγχειρητική ετοιμασία και η μετεγχειρητική φροντίδα του χειρουργημένου ασθενή.

Ευχαριστώ για την βοήθεια που μου πρόσφεραν στην πτυχιακή μου εργασία τους καθηγητές:

Δις Κ. Νάνου στο Νοσηλευτικό θέμα και
Κος Γ. Βασιλόπουλος στο Ιατρικό θέμα.

Αφιερώνεται με πολύ αγάπη
στους γονείς μου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΤΙΟΥ

Το μάτι βρίσκεται σε ειδική κοιλότητα του προσώπικου κρανίου που λέγεται κόγχος.

Το μάτι αποτελείται από το βολβό και τα εξαρτήματά του.

Ο Βολβός του ανθρωπίνου ματιού είναι περίπου σφαιρικός και κατασκηώνει μέσα στον οφθαλμικό κόγχο του κρανίου.

Ο Κόγχος καλύπτεται εσωτερικά από ινώδη και λιπώδη ιστό, που εξασφαλίζουν το απαραίτητο μαλακό υπόστρωμα για τον βολβό.

Στο πίσω μέρος του κόγχου δύο μεγάλα ανοίγματα: Η άνω κογχική σχισμή και το οπτικό τρήμα.

Στο έμβρυο το μάτι αναπτύσσεται από εκφύσεως του εγκεφάλου και του δέρματος. Το δέρμα προμηθεύει το φακό που μεταναστεύει εσωτερικά και ο εγκέφαλος προμηθεύει την σχήματος φλυτζανιού και διπλής στοιβάδος έκφυση που δίνει δύο χιτώνες. Τον χοριοειδή και τον αμφιβληστροειδή.

Η στοιβάδα του δέρματος πάνω στο ίδιο μάτι είναι διαφανής και είναι ο επιπεφυκότας που καλύπτει όλα τα ορατά τμήματα του οφθαλμικού βολβού, εκτός του κερατοειδούς. Επειδή ο επιπεφυκότας αναδιπλούμενος επικαλύπτει και το εσωτερικό του βλεφάρου είναι αδύνατο, ένα ξένο σώμα ή ένας κακός εφαρμοσμένος φακός επαφής να μεταναστεύει πίσω από τον βολβό.

Το μάτι καλύπτεται από ισχυρή, ινώδη, λευκή, προστατευτική στοιβάδα, τον σκληρό χιτώνα που είναι το λευκό μέρος του βολβού.

Μπροστά από την ίριδα και τον φακό η στοιβάδα αυτή γίνεται διαφανής και ονομάζεται κερατοειδής.

Εσωτερικά από τον σκληρό χιτώνα είναι ο αγγειώδης χιτώνας, που αποτελείται από τρία μέρη. Πίσω, τον χοριοειδή, μια παχύτερη προέκτασή του μπροστά, το ακτινωτό σώμα και την ίριδα.

Το ακτινωτό σώμα φέρει το ακτινωτό μυ που αλλάζει την καμπυλότητα του φακού. Η ίριδα εξάλλου περιέχει κυκλοτερείς και ακτινωτές λείες, μυϊκές ίνες, που της δίνουν σχήμα κουλουριού, το κέντρο του οποίου είναι η κόρη του ματιού.

Ο κυκλοτερής μυς με την συστολή του στενεύει την κόρη, (μύση), ενώ ο ακτινωτός τη διευρύνει (μυδρίαση).

Ο αμφιβληστροειδής είναι ο εσωτερικός χιτώνας του οφθαλμού. Βρίσκεται στο πίσω μέρος του βολβού και αποτελείται από στοιβάδα νευρικού ιστού και στοιβάδα μελαγχρωστικής. Η έξω μελαγχρωστική στοιβάδα αποτελείται από επιθηλιακά κύτταρα και βρίσκεται σε επαφή με τον χοριοειδή χιτώνα. Η νευρική στοιβάδα έχει 3 (τρεις) ζώνες κυττάρων, τους φωτουποδοχείς, τους δίπολους νευρώνες και τους γαγγλικούς νευρώνες.

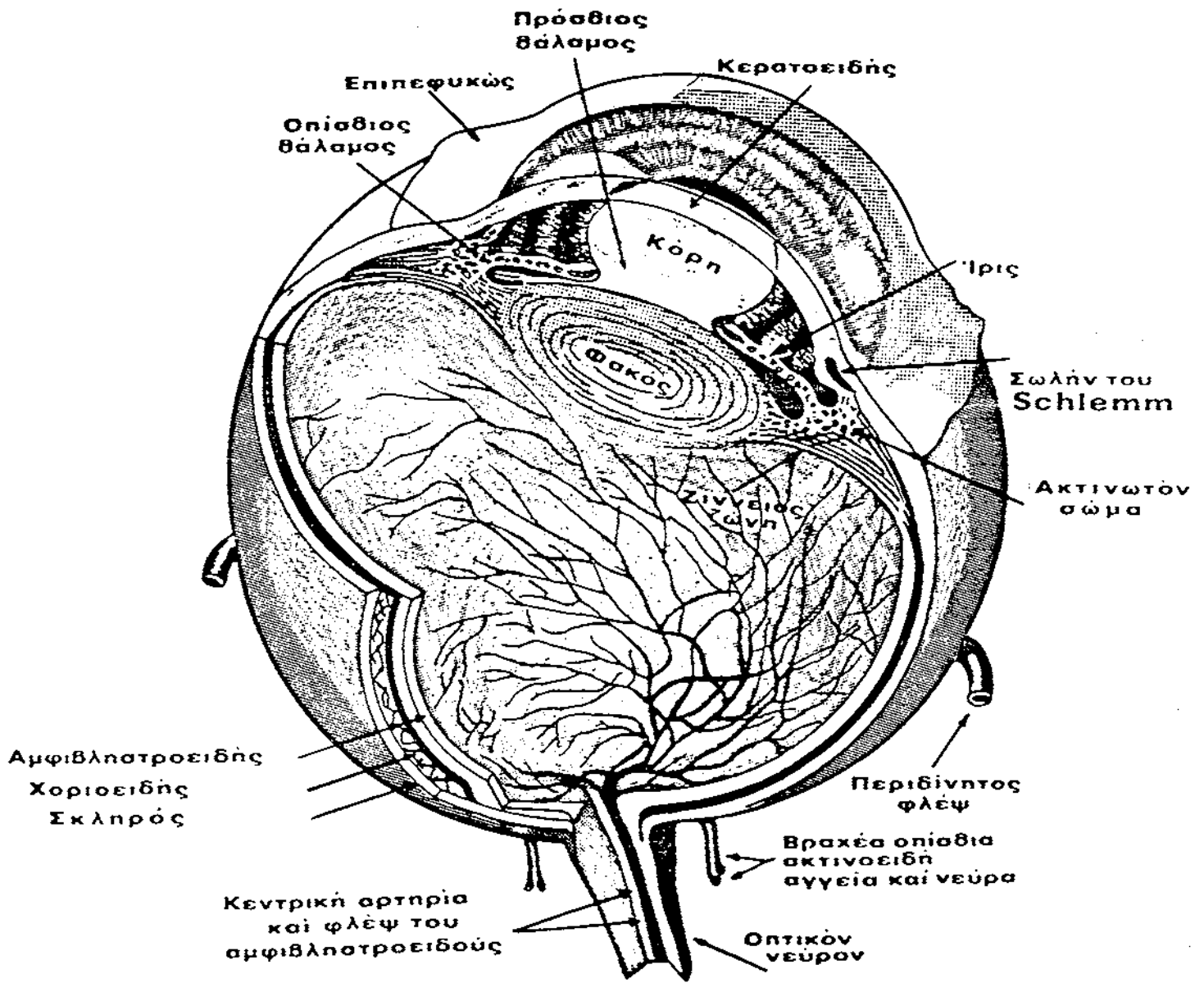
Οι δενδρίτες των φωτουποδοχέων είναι τα ραβδία και τα κωνία, ενώ οι νευράξονές τους συνάπτονται με τους δίπολους νευρώνες, οι οποίοι με τη σειρά τους συνάπτονται με τους γαγγλιακούς νευρώνες.

Τέλος οι νευράξονες των γαγγλιακών νευρώνων συγκλίνουν και βγαίνουν από τον βολβό σαν οπτικό νεύρο. Η περιοχή του αμφιβληστροειδή από την οποία βγαίνει το οπτικό νεύρο λέγεται τυφλό σημείο, γιατί δεν περιέχει κωνία και ραβδία.

Ο φακός βρίσκεται πίσω από την ίριδα. Είναι διαφανής, περιβάλλεται από πλαστική κάψα, κρατιέται στη θέση του από τις ίνες της ζηνείου ζώνης και χωρίζει το εσωτερικό του βολβού σε πρόσθιο και οπίσθιο ημιμόριο. Μπροστά από το φακό υπάρχει το υδατώδες υγρό που παροχετεύεται από τις ακτινωτές προβολές μέσα από τον σωλήνα του Schlemm στις φλέβες του ματιού. Η κοιλότητα ανάμεσα στο φακό και στον αμφιβληστροειδή χιτώνα είναι γεμάτη με ζελατινώδες υλικό, το υαλοειδές σώμα.

Για να γίνει η όραση πρέπει οι φωτεινές ακτίνες να φτάσουν στα κωνία και τα ραβδία και να σχηματισθεί το είδωλο του αντικειμένου στον αμφιβληστροειδή.

Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητες τέσσερις λειτουργίες που αφορούν την εστίαση των φωτεινών ακτίνων.



Εικόνα 9.1. Βολβός του οφθαλμού.

Βολβός

1. Η διάθλαση των φωτεινών ακτίνων
2. Η προσαρμογή του φακού, για τα κοντινά αντικείμενα
3. Η στένωση της κόρης
4. Η σύγκλιση των αξόνων των ματιών για την στερεοσκοπική αντίληψη της εικόνας.

Εκτός από τις δομές του ματιού, που η λειτουργία τους έχει σχέση κυρίως με την όραση, υπάρχουν και άλλες που εξυπηρετούν την προστασία του από διαφόρους κινδύνους. Οι δομές αυτές είναι τα εξαρτηματικά μέρη του ματιού.

Τα βλέφαρα πραγματοποιούν την προστατευτική τους λειτουργία κλείνοντας ανακλαστικά εν όψει κινδύνου.

Εκτός από την προστασία του ματιού, το άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων βοηθά στην ρύθμιση της ποσότητας του φωτός που μπαίνει στο μάτι και διατηρεί τον βολβό καθαρό, θερμό και υγρό με μεταφορά δακρύων πάνω σε αυτόν.

Τα δάκρυα παράγονται συνεχώς από τους δακρυϊτούς αδένες με τους εκφορητικούς πόρους των οποίων φέρονται στα χείλη των βλεφάρων για να απλωθούν ομοιόμορφα με το άνοιγμα και το κλείσιμό τους. Δύο δακρυϊκοί πόροι μεταφέρουν τα δάκρυα μέσα στο δακρυϊκό ασκό απ' όπου παροχετεύονται στη ρινική κοιλότητα μέσω του ρινοδακρυϊκού πόρου. Σπουδαίο ρόλο για την διατήρηση υγιών των ματιών παίζουν οι αντισηπτικές ιδιότητες των δακρύων.

Οι βλεφαρίδες στα ελεύθερα χείλη των βλεφάρων είναι γυρισμένες προς τα πάνω και προς τα κάτω για να προστατεύουν τα μάτια από σωματίδια, που μπορεί να μπουν μέσα σ' αυτά σε οποιαδήποτε κατεύθυνση.

Παθολογία φακού

Ο φακός δεν περιέχει αγγεία και νεύρα και επομένως δεν μπορούν να δημιουργηθούν σ' αυτόν φλεγμονές ή να εμφανισθεί πόνος.

Σαν χαρακτηριστικό σημείο πάθησης του φακού παρουσιάζονται θολώσεις, μεταβολές της θέσης και του σχήματός του.

Νοσήματα φακού

1. Εκτοπίσεις του φακού

Εκτόπιση του φακού είναι η μετακίνηση αυτού από την φυσιολογική του θέση. Δυνατόν αυτή να είναι συγγενής (σε μερική απλασία της ζιννείου ζώνης) ή επίκτητος (σε άμεσους ή έμμεσους τραυματισμούς του οφθαλμού) ή σε νοσήματα αυτού.

Η εκτόπιση είναι δυνατόν να είναι μερική όπως σε ρήξη τμήματος της ζιννείου ζώνης οπότε ο φακός εκτοπίζεται προς την αντίθετη μεριά. Είναι δυνατόν επίσης να είναι ολική, οπότε συγκρατείται η ζιννείος ζώνη με λίγες ίνες, ή ρήγνυται ολόκληρη, οπότε όταν ο ασθενής φέρει την κεφαλή του εμπρός έρχεται για λίγο ο φακός στην κανονική του θέση για να καταπέσει πάλι όταν επανέλθει το κεφάλι.

Σε ισχυρές πλήξεις ο φακός διερχόμενος δια της κόρης εκτοπίζεται μέσα στον πρόσθιο θάλαμο.

Σπανιώτερα επί χτυπήματος του οφθαλμού από βίαιο τραυματισμό ο φακός διέρχεται δια του προσθίου θαλάμου ρηγνείει το σκληροκερατοειδές όριο και ανευρίσκεται υπό του επιπεφυκότος.

Ο φακός που εκτοπίστηκε στην υαλοειδική κοιλότητα ή το πρόσθιο θάλαμο μπορεί να προκαλεί δευτεροπαθές γλαύκωμα.

Γενικό χαρακτηριστικό και της πιο μικρής εκτοπίσεως είναι η εμφάνιση της ιριδοδονήσεως κατά την οποία όταν ο ασθενής κινεί τους οφθαλμούς του η ίριδα δονείται καθόσον δεν άπτεται ολόκληρη από το πρόσθιο τμήμα του φακού.

2. Συγγενείς ανωμαλίες του φακού

- ΜΙΚΡΟΦΑΚΙΑ
- ΠΡΟΣΘΙΟΣ Η ΟΠΙΣΘΙΟΣ ΦΑΚΟΚΩΝΟΣ

Ο οπίσθιος φακόκωνος είναι πιο συνηθισμένος. Προκαλείται δια της έλξεως του φακού από την υαλοειδή αρτηρία όταν αυτή απορροφάται. Προκαλεί επίσης ανωμαλίες διάθλασης και απότομη μείωση της όρασης.

- ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΦΑΚΟΥ
- ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΕΚΤΟΠΙΣΕΙΣ

3. Γλαύκωμα που οφείλεται στο φακό

Ο φακός όπως είπαμε παραπάνω γίνεται πολλές φορές αιτία δημιουργίας δευτεροπαθών γλαυκωμάτων.

α) Εξάρθρωση και υπερεξάρθρωση του φακού είναι αυτόματη ή τραυματική και μπορεί να παραμένει επί πολλά χρόνια χωρίς επιπλοκές.

Σ' αυτό το διάστημα ο οφθαλμός συνήθως διατηρεί καλή όραση.

Σε μερικούς από τους οφθαλμούς αυτούς παρατηρείται δευτεροπαθή γλαύκωμα ανοικτής γωνίας, που οφείλεται σε τραυματική σχάση της γωνίας ή χρόνια φλεγμονή.

Σε πολλές περιπτώσεις ο εξαρθρωμένος φακός παθαίνει, μετά από χρόνια καταρράκτη που σιγά-σιγά ωριμάζει και όταν γίνει υπέρωριμος μπορεί να προκαλέσει φακοαναφυλακτικό ή φακολυτικό γλαύκωμα, ακριβώς όπως συμβαίνει όταν βρίσκεται στην φυσιολογική του θέση. Η οπίσθια εξάρθρωση του φακού δεν χρειάζεται συνήθως θεραπεία έως ότου δημιουργήσει επιπλοκές οπότε πρέπει να γίνεται χειρουργική αφαίρεση του φακού.

β) Φακολυτικό γλαύκωμα. Οφείλεται σε μεγάλες μάζες που φτάνουν από μικροσπές της κάψας του φακού, στον πρόσθιο θάλαμο και προκαλούν έντονη αντίδραση από μακροφάγα κύτταρα.

Η αντίδραση μπορεί να είναι σταδιακή, τις περισσότερες φορές όμως είναι οξεία και πολύ σοβαρή, με έντονη θολερότητα του πρόσθιου θαλάμου. Πολλά κύτταρα συχνά σε συσσωρεύσεις, ζήματα ενδοθήλια συνήθως μεγάλου μεγέθους και άσηπτο υπόπυο, που ποικίλλει από μέτριο έως πολύ μεγάλο και δυνατόν να καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του πρόσθιου θαλάμου.

Η ενδοφθάλμια πίεση είναι υψηλή και οφείλεται σε απόφραξη του διηθητικού ηθμού, ο οφθαλμός είναι εξερευθρος και επώδυνος, ο

κερατωειδής έχει μικροφυσαλλιδώδεις οίδημα, η ίριδα παρουσιάζει φλεγμονώδη ομοιγενή χροιά και η όραση ελαττώνεται σε απλή αντίληψη φωτός.

Η νόσος εμφανίζεται χαρακτηριστικά σε οφθαλμούς με υπερώριμο καταρράκτη, πολύ σπάνια εκδηλώνεται και σε οφθαλμούς με άκρο καταρράκτη με σχετικά καλή όραση και αυτό οφείλεται σε τοπικές αλλοιώσεις της κάψας του φακού.

Η θεραπεία είναι απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις του φακολυτικού γλαυκώματος ακόμα και όταν η αντίληψη του φωτός είναι αμφίβολη, γιατί οι περισσότεροι από τους οφθαλμούς αυτούς μπορεί αργότερα να αποκτήσουν αρκετά καλή όραση και σταθερή ενδοφθάλμια πίεση. Αν η νόσος παραμελήθηκε επί αρκετό χρόνο, η όραση βέβαια δεν επανέρχεται, ο οφθαλμός όμως μπορεί να παραμείνει ήρεμος και ανώδυνος.

Η θεραπεία συνίσταται σε φαρμακευτική αγωγή που ελατώνει την ενδοφθάλμια πίεση και την φλεγμονή σε συνδυασμό με χειρουργική εξαίρεση του καταρρακτικού φακού που προκαλεί την νόσο.

Καλό είναι να δοκιμάζεται ενδοπεριφακική αφαίρεση του φακού, τις περισσότερες όμως φορές η κάψα παθαίνει ρήξη και ο φακός αφαιρείται εξωπεριφακικά.

γ) Φακοαναφυλακτικό γλαύκωμα. Οφείλεται σε φλεγμονώδη αναφυλακτική αντίδραση του οφθαλμού προς φακαίες μάζες που βρίσκονται στο πρόσθιο θάλαμο και προέρχονται από τον ίδιο το φακό, μετά από αυτόματη ρήξη της κάψας του, ή από ατελή εξωπεριφακική εξαίρεση του καταρράκτη.

Κατά το οξύ στάδιο ο οφθαλμός μπορεί να παρουσιάσει υπόταση, αργότερα όμως με την δημιουργία συνεχών και φλεγμονωδών μεμβράνων καθώς και η υλοποίηση της διηθητικής γωνίας, η νόσος επιπλέκεται με γλαύκωμα σοβαρής μορφής.

Απαιτείται άμεση αφαίρεση του καταρράκτη ή των υπολειπόμενων φακαίων μαζών και η θεραπεία αυτή είναι αποτελεσματική και εμποδίζει την εκδήλωση παραπέρα επιπλοκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

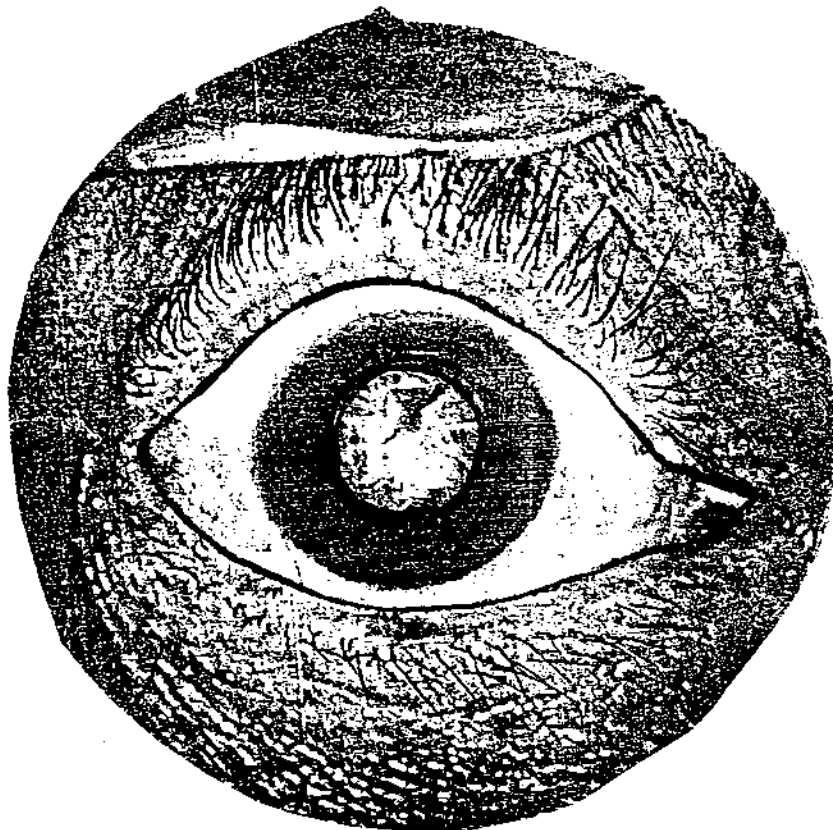
ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

Ορισμός

Καταρράκτης είναι η μερική ή ολική απώλεια της διαφάνειας του φακού του ματιού.

Η σκιερότητα οφείλεται στη συλλογή υγρού ανάμεσα στις ίνες του φακού, που συνήθως ακολουθείται από εκφύλιση και αποσύνθεσή τους.

Η σκιερότητα του φακού δεν επιτρέπει στις φωτεινές ακτίνες να φτάσουν στον αμφιβληστροειδή με αποτέλεσμα να παραβλάπεται η όραση.



Παράγοντες που επηρεάζουν τον καταρράκτη

Ο καταρράκτης επηρεάζεται και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι κυριότεροι είναι:

1. Βιολογικοί (αποτέλεσμα γήρανσης ή γενετικής διαταραχής).
2. Ανασολογικοί (μέσω αντισωμάτων κ.α.)
3. Μεταβολικοί γενικοί (από διαταραχές ορμονών, έλλειψη βιταμινών, διαταραχές ιχνοστοιχείων και ιόντων) που επιδρούν και σε τοπικό επίπεδο.
4. Τοπικοί παράγοντες (διαταραχές μεταβολισμού μέσα στο φακό ή στο υδατοειδές από γενικότερες ή τοπικές διαταραχές, μεταβολές στο υδατοειδές, μείωση της ενέργειας στο φακό, οξειδώσεις).
5. Παράγοντες περιβάλλοντος (ακτινοβολίες κ.α.).

Ακόμη και η ίδια η λειτουργία του φακού με την προσαρμογή, την σκλήρυνση του φακού με την πρεσβυωπία, δρα επιβαρυντικά.

Όλες αυτές οι αναλύσεις βοηθάνε στο να κατανοηθεί αν η καταρρακτογέννηση είναι τουλάχιστον προβληματική. Μία προβληματική που σχετίζεται με τους πολλούς παράγοντες και τους διάφορους μηχανισμούς που ενοχοποιούνται για θόλωση του φακού.

Είδη καταρράκτη

Οι καταρράκτες διακρίνονται σε:

- ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ
- ΕΠΙΚΤΗΤΟΥΣ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Πρόκειται περί μερικής ή ολικής θολώσεως του φακού παρατηρούμενης κατά την γέννηση. Αλλά:

- Κάθε συγγενής θολερότητα του φακού δεν αποτελεί συγγενή

καταρράκτη.

90 % των ανθρώπων εμφανίζουν πολύ μικρές θολερότητες του φακού, αόρατες δια γυμνού οφθαλμού, που δεν εξελίσσονται όμως και δεν προκαλούν ελάττωση της οράσεως.

Μερικές φορές ο φακός δεν εμφανίζει τον τύπο συγγενούς καταρράκτη κατά την γέννηση αλλά μετά πάροδο μηνών ή ετών.

• Οι συγγενείς καταρράκτες συνοδεύονται πολλές φορές και από άλλες ανωμαλίες της διάπλασης του φακού ή και άλλων οργάνων.

Η αιτιολογία όλων των συγγενών καταρρακτών δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί. Είναι όμως γνωστό το αίτιο μερικών μορφών απ' αυτών. Έτσι διακρίνονται:

1. Κληρονομικώς μεταβιβαζόμενοι συγγενείς καταρράκτες.
2. Μη κληρονομικοί συγγενείς καταρράκτες.

Οι κληρονομικοί συγγενείς καταρράκτες αντιπροσωπεύουν ποσοστό 20%-25% των συγγενών καταρρακτών.

Άλλοτε παραμένουν όπως είναι, καθόλη την διάρκεια της ζωής, άλλοτε εξελίσσονται.

Συνήθως αποτελούν μεμονωμένη παθολογική εκδήλωση, άλλοτε συνιστούν σύμπτωμα, γενικότερων συνδρόμων.

Τα κυριότερα εξ' αυτών είναι:

α) Η νόσος των στικτών επιφύσεων: Το βρέφος παρουσιάζει ολική θόλωση του φακού. Η πρόγνωση είναι κακή.

β) Οφθαλμο-εγκεφαλο-νεφρικών σύνδρομο του Lowe: Προσβάλλει μόνο άρρενα. Σ' αυτή παρατηρούνται, καταρράκτης, γλαύκωμα, στραβισμός, θολερότητες του κερατοειδή, μικροφθάλμια. Πρόκειται περί οφθαλμικών και συστηματικών διαταραχών, εγκαθισταμένων κατά το πρώτο τρίμηνο της κυήσεως.

γ) Συγγενείς καταρράκτες με διανοητική καθυστέρηση: Ο φακός θολώνει μετά την πάροδο έτους από της γεννήσεως, η δε διανοητική καθυστέρηση

εμφανίζεται μετά την πάροδο του τέταρτου έτους.

δ) Σύνδρομο του Sjogren: Παρουσιάζει συγγενή καταρράκτη και ολιγοφρένεια.

ε) Μογγολισμός: Εκτός των γενικών συμπτωμάτων οι ασθενείς εμφανίζουν καταρράκτη. Οι οφθαλμοί απέχουν μεταξύ τους. Η Ιριδα ανοικτόχρους αργότερα όμως αποκτά μελαγχρωστική.

στ) Γαλακτοσαιμία: Ο φακός φυσιολογικός κατά την γέννηση θολώνει αργότερα αμφοτερόπλευρα. Είναι η μοναδική μορφή συγγενής που με διαίτα (χωρίς γαλακτόζη) εξαφανίζεται.

Μη κληρονομικοί συγγενείς καταρράκτες

Κυριώτερα αίτια των μη κληρονομικών συγγενών καταρρακτών είναι:

Ανωμαλίες κατά την διάπλαση του οφθαλμού

Κάθε βαριά συγγενής ανωμαλία περί την διάπλαση του οφθαλμού, μπορεί να συνοδεύεται από συγγενή θόλωση του φακού: όπως μικροφθαλμία, καλοβώματα του ραγοειδούς χιτώνα, διαταραχές της διαπλάσεως του υαλοειδούς σώματος κ.λ.π.

Ιδια παθολογική οντότητα της κατηγορίας αυτής αποτελούν ο πρόσθιος και ο οπίσθιος πολικός καταρράκτης.

Συγγενείς καταρράκτες εξ' εμβρυοπάθειας

Διάφορα αίτια προσβάλλουν τον φακό κατά την ανάπτυξη, ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, δύναται να προκαλέσουν θόλωση αυτού. Μεταξύ αυτών διακρίνονται:

A. Ερυθρά: Το 1945 ο GREGG κατέδειξε ότι, όταν έγκυος προσβληθεί από ερυθρά κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, το βρέφος πολλές φορές γεννιέται με συγγενή καταρράκτη. Η συχνότητα εμφάνισης των εξ' εμβρυοπάθειας από ερυθρά, συγγενών καταρρακτών είναι υψηλή ανερχόμενη κατά μερικούς συγγραφείς σε 83%. Φαίνεται ότι δεν είναι

απαραίτητο να νοσήσει η μητέρα, αρκεί να έρθει σε επαφή με νοσούντα. Εάν η μόλυνση της μητέρας συμβεί μετά το τρίτο μήνα της κύησης, το βρέφος δεν εμφανίζει συνήθως συγγενή καταρράκτη, αλλά και ανωμαλίες από άλλα όργανα.

Ο καταρράκτης από ερυθρά είναι δυνατόν να είναι ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος.

Β. Ιογενή νοσήματα (πλην της ερυθράς). Υπάρχει υπόνοια, που δεν έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά, ότι και άλλα νοσήματα από ιούς, δυνατόν να προκαλέσουν στο έμβρυο συγγενή καταρράκτη.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν: η γρίπη, η παρωτίτιδα, η λοιμώδης ηπατίτιδα, η ιλαρά, η ανεμοευλογιά, ο έρπης ζώστηρ, η πολιομυελίτις.

Γ. Μικροβιακά αίτια. Εκτός των ιών, μικρόβια και παράσιτα είναι δυνατόν να προκαλέσουν συγγενή καταρράκτη.

Κυριώτερα απ' αυτά είναι η ωχρά σπειροχαιτή και το τοξόπλασμα.

Η κληρονομική σύφιλη δύναται να προκαλέσει ενδομήτριο θόλωση του φακού πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς, συνεπεία ιριδοκυκλίτιδος.

Η τοξοπλάσμωση προσβάλλει συνήθως το οπίσθιο ημιμόριο του βολβού του οφθαλμού. Μερικές φορές προκαλεί και καταρράκτη. Πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς.

Δ. Φυσικοί παράγοντες. Ακτινοβολία της εγκύου δια ακτίνων ROENTGEN, κατά το πρώτο κυρίως τρίμηνο της κύησης, δυνατόν να προκαλέσει θόλωση του φακού του εμβρύου.

Ε. Χημικοί παράγοντες. Διάφορα φάρμακα χορηγούμενα σε εγκύους δυνατόν να προκαλέσουν συγγενή καταρράκτη του εμβρύου.

Οι πιο συνηθισμένες μορφές συγγενών καταρρακτών είναι:

α) Ο καθολικός καταρράκτης: Το βρέφος επί αμφοτεροπλεύρου μορφής, φέρει καταρράκτη, στραβισμό και νυσταγμό. Οι φακοί είναι θολεροί και λευκοί.

Αλλοτε η πάθηση είναι ετερόπλευρη. Το περιεχόμενο των φακών είναι συνήθως ρευστό.

Ο καταρράκτης λαμβάνει όψη μεμβρανώδη, η δε ίριδα εμφανίζει ιριδοδόνηση και οπίσθια συνέχεια. Πρόκειται περί του μεμβρανώδη καταρράκτη.

β) Ο ζωνοειδής καταρράκτης: Είναι αρκετά συχνός. Εδώ η θολερότητα καταλαμβάνει τα περιφερειακά στρώματα του φακού γύρω από τον εμβρικό πυρήνα, ο οποίος παραμένει διαφανής. Ο ζωνοειδής καταρράκτης, επιτρέπει χρησιμοποίησιμο όραση.

Συνήθως γίνεται αντιληπτός κατά την σχολική ηλικία.

γ) Ο κεντρικός καταρράκτης: Εδώ η θόλωση αφορά τον εμβρικό πυρήνα του φακού, ενώ η περιφέρεια είναι διαυγής λόγω της κεντρικής θέσεως της θολερότητας που προκαλεί σημαντική ελάττωση της οράσεως.

δ) Στεφανοειδής καταρράκτης: Εδώ διατίθενται κυκλικά κάτω του Ισημερινού του φακού γραμμοειδείς θολερότητες, οι οποίες δίνουν υποκυάνειον ανταύγεια.

Ο στεφανοειδής καταρράκτης δεν προκαλεί σημαντική ελάττωση της οράσεως, επειδή οι θολερότητες βρίσκονται περιφερειακά αφήνοντας ελεύθερο το κεντρικό πεδίο. Για να γίνει αντιληπτός κατά την εξέταση ο στεφανοειδής καταρράκτης, απαιτείται μεγάλη μυδρίαση της κόρης.

ε) Ο οπίσθιος και ο πρόσθιος πολικός καταρράκτης. Εμφανίζονται υπό μορφή στικτής θολερότητας κατά το πρόσθιο ή οπίσθιο περιφάκιο.

Παρά την μικρή έκτασή της η θολερότητα προκαλεί σημαντική ελάττωση της οράσεως, λόγω της κεντρικής θέσεώς της.

ΕΠΙΚΤΗΤΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Σε άτομα που υπερβαίνουν το 50ο έτος της ηλικίας των, ο φακός θολώνει πολύ συχνά. Πρόκειται περί του γεροντικού καταρράκτη.

Αλλά και επί νεωτέρων ή νεωτάτων ατόμων δυνατόν να παρατηρηθεί θόλωση του φακού.

Το σύνολο των καταρρακτών αυτών αποτελεί τους επίκτητους καταρράκτες, οι οποίοι κατατάσσονται στις εξής ομάδες:

1. ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ
2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ
3. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ
4. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

1. ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Εμφανίζονται στα άτομα προγεροντικής ή γεροντικής ηλικίας (50-70 ετών). Η εξέλιξη τους είναι άλλοτε αργή και άλλοτε γρήγορη. Η προκαλούμενη ελάτωση της οράσεως από αυτές, εξαρτάται κατά τα αρχικά στάδια από την θέση και την έκταση της θολερότητας του φακού. Οι γεροντικοί καταρράκτες εμφανίζονται υπό δύο μορφές.

- α) ΤΟΝ ΦΛΟΙΩΔΗ
- β) ΤΟΝ ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

α) Στον φλοιώδη καταρράκτη η εγκατάσταση της νόσου είναι αρκετά πρώιμη μετά το 50^ο έτος της ηλικίας η δε εξέλιξη ταχύτερη. Ταχύτερη επίσης εγκαθίσταται η ελάτωση της οράσεως.

Ο ασθενής βλέπει καλύτερα την ημέρα όταν η κόρη είναι "εν μύση" παρά την νύχτα, όπου η κόρη είναι "εν μυδριάσει" και η όραση παρεμποδίζεται από την περιφερική θολερότητα του φακού.

Η κόρη του οφθαλμού καθίσταται βαθμιαία όλο και πιο λευκή. Κατά την σκίασκόπια ή την οφθαλμοσκόπηση διακρίνονται μέσω της ρόδινης ανταύγειας της κόρης μέλανες σφηνοειδής σχηματισμοί διατεταγμένοι, ακτινοειδώς και έχουν βάση προς τον ισημερινό του φακού και κορυφή προς το κέντρο του.

Ο φακός είναι σφαιρικός, εξοιδημένος το δε περιφάκιο του είναι εύθραστο σε προχωρημένο στάδιο θολώνει ολόκληρος ο φακός συμπεριλαμβανομένου και του πυρήνα.

Το κορικό πεδίο καθίσταται λευκό, στην σκίασκόπια ή την οφθαλμοσκόπηση δεν παρατηρείται πλέον ρόδινη ανταύγεια της κόρης, η δε όραση περιορίζεται στην αντίληψη κινούμενου χεριού προ των οφθαλμών.

Πρόκειται περί του όψιμου φλοιώδη καταρράκτη

β) Επί πυρηνικού καταρράκτη: Η εμφάνιση είναι περισσότερο όψιμη κατά το 60^ο έτος της ηλικίας.

Η ελάττωση της όρασης η οποία αρχίζει σαν απλό θάμπωμα και εξελίσσεται βραδύτερα.

Ο ασθενής βλέπει καλύτερα τη νύκτα λόγω διεύρυνσης της κόρης, αποκαλύπτονται τα διαυγή περιφερικά στρώματα του φακού παρά την ημέρα, όταν λόγω μύσεως οι φωτεινές ακτίνες είναι υποχρεωμένες να διέλθουν μόνο εκ του θολερού πυρήνα του φακού.

Κατά τα αρχόμενα στάδια, δια της απλής επισκόπησης το κορικό πεδίο φαίνεται φυσιολογικό μέλαν.

Δια της σχισμοειδούς όμως λυχνίας διαπιστώνεται η θολερότητα του πυρήνα του φακού. Με την σκιασκόπηση και την οφθαλμοσκόπηση διακρίνεται μέσω της ρόδινης ανταύγειας της κόρης στρογγυλή μελανή σκιά.

Σε προχωρημένο στάδιο η ελάττωση της όρασης είναι έκδηλη.

Δια της σχισμοειδούς λυχνίας διακρίνεται ο θολερός κτριμόφαιος πυρήνας του φακού. Αλλά και με την απλή επισκόπηση ή το πλάγιο φωτισμό το κορικό πεδίο φαίνεται φαιό και όχι μέλαν.

Τελικά η θόλωση καταλαμβάνει ολόκληρο το φακό δηλαδή και την περιφέρεια, η κόρη καθίστανται λευκόφαιος, η όραση περιορίζεται σε αντίληψη κινούμενου χεριού, η αντίληψη φωτός ο δε καταρράκτης θεωρείται ώριμος.

Εάν δεν χειρουργηθεί στο στάδιο αυτό ο Πυρηνικός καταρράκτης καθίσταται υπερώριμος μέλας, σκληρός αποπεπλατισμένος.

γ) Ιδιαίτερη μορφή καταρράκτη αποτελεί ο οπίσθιος κυπελλοειδής. Το χαρακτηριστικό του καταρράκτη αυτού είναι ότι προκαλεί πρώτα σημαντική ελάττωση της όρασης.

Με την οφθαλμοσκόπηση, εμφανίζεται στο μέσω της ρόδινης ανταύγειας της κόρης ως στρογγυλό δικτυωτό πέπλο το οποίο καταλαμβάνει μόνο τον οπίσθιο πόλο του φακού.

Με την σχισμοειδή λυχνία διαπιστώνεται η εντόπισή του κατά και από το οπίσθιο περιφάνιο δίκη, κυπέλλου.

Αργότερα εξελίσσεται σε καταρράκτη.

Επιπλοκές του γεροντικού καταρράκτη

Ο ώριμος καταρράκτης βρίσκεται είτε σε πυρηνική μορφή, είτε σε φλοιώδη μορφή και θα πρέπει να εξαιρεϊται.

Παρόλα αυτά μερικοί ασθενείς διστάζουν να υποστούν εγχείρηση, ιδίως όταν ο ένας οφθαλμός έχει ακόμη χρησιμοποιήσιμο όραση ή όταν η γενική κατάσταση του ασθενή δεν επιτρέπει την εγχείρηση.

Στις περισσότερες φορές σε περιπτώσεις τέτοιες εμφανίζονται επιπλοκές:

Οι πιο συνηθισμένες είναι:

α) Το φακοαναφυλακτικό γλαύκωμα

Δια μέσου του πρόσθιου περιφάκιου εξέρχεται στο υδατοειδές υγρό ποσότητα εκ της ουσίας του φακού.

Ο οφθαλμός ευαισθητοποιείται από την ουσία αυτή (έστω και πολύ λίγο) η οποία συμπεριφέρεται σαν αντιγόνο.

Έτσι σε ευκαιρία εξόδου νέας ποσότητας ουσίας φακού επέρχεται αντίδραση ανοσοβιολογική η οποία εκδηλώνεται σαν οξύ (συνήθως) φακογενές γλαύκωμα.

Η θεραπεία συνίσταται στην εξαίρεση του φακού.

β) Η εκτόπιση του φακού

Πολές φορές σε παραμελημένους υπερώριμους καταρράκτες επέρχεται ρήξη των ινών της ζιννείου ζώνης, αρχικά μερική, άλλοτε όμως και ολική.

Αποτέλεσμα αυτής είναι μερική η ολική εκτόπιση του φακού και η μεν μερική εκτόπιση εκδηλώνεται με ιριδοδόνηση, η δε ολική υπό μορφή εκτοπίσεως του φακού, στο υαλοειδές σώμα ή και στον πρόσθιο θάλαμο.

Η εκτόπιση του φακού προκαλεί πολύ συχνά, δευτεροπαθές γλαύκωμα.

2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Καταρράκτης σε νοσήματα ανταλλαγής της ύλης

1. Διαβητικός καταρράκτης: Σε νεαρά διαβητικά άτομα σπάνια παρουσιάζονται υποπεριφακικές άσπρες σαν νιφάδες χιονιού θολώσεις από τις οποίες δημιουργούνται σύντομα ακτινωτές θολώσεις και ολικός καταρράκτης.

Σε διαβητικούς μεγαλύτερης ηλικίας ο καταρράκτης είναι συχνότερος από ότι σε συνομήλικους υγιείς, αλλά ο φακός φαίνεται χωρίς τα χαρακτηριστικά του γεροντικού καταρράκτη (διαυγείς σχισμές).

2. Καταρράκτης τετανίας ή τετανικός: Σ' αυτόν βρίσκει κανείς υποπεριφακικές στικτές θολερότητες, καθώς και θολώσεις των ινών στην περιοχή του ενήλικα πυρήνα.

Το ασβέστιο του αίματος μειώνεται και παράλληλα εκδηλώνονται συχνά και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της τετανίας.

3. Καταρράκτης από κορτιζόνη: Αυτός μπορεί να δημιουργηθεί μετά από ένα χρόνο διαρκούς θεραπείας με κορτιζόνη και στην αρχή τις πιο πολλές φορές παρουσιάζεται κάτω από το οπίσθιο περιφάκιο.

4. Καταρράκτης σε γαλακτοζαιμία: Στα νεογέννητα δημιουργείται καταρράκτης, που μπορούμε να τον θεραπεύσουμε με δίαιτα ελεύθερης γαλακτόζης. Αυτός είναι ο μοναδικός ανατάξιμος καταρράκτης.

3. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Καταρράκτης σε τραυματισμούς

1. Καταρράκτης μετά από θλάση: Μετά από θλάση ο φακός μπορεί να θολώσει με την μορφή μιάς τραυματικής όψιμης ροζέτας, που εμφανίζεται κάτω από το πρόσθιο περιφάκιο. Αυτή η θόλωση με το πέρασμα του χρόνου εισχωρεί σε βαθύτερες στοιβάδες. Σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα οι τύποι θόλωσης δεν μπορούν σχεδόν να διακριθούν από τον γεροντικό καταρράκτη.

2. Καταρράκτης σε διάτρηση: Μετά από διάτρηση του περιφακίου εισχωρεί υδατοειδές υγρό που διογκώνει τα στρώματα του φακού. Και τους δύο τύπους τους ονομάζουμε τραυματικό καταρράκτη.

Εάν παραμείνει στο μάτι ξένο σώμα από σίδηρο, τότε μεταξύ των άλλων σκουριάζει και ο φακός φαιώπός (σιδήρωση φακού). Εάν το ξένο σώμα, είναι από χαλκό, τότε δημιουργείται χρυσοπράσινη γυαλιστερή θόλωση του περιφάκίου που έχει το σχήμα ηλιοτροπίου.

3. Ακτινικός καταρράκτης: Αυτός παρουσιάζεται 1-2 χρόνια μετά από ακτινοβολία με περισσότερα CGY.

Γι' αυτό σε ακτινοβολία RONTGEN η ραδιοακτινοβολία στην περιοχή του κεφαλίου, πρέπει να προστατεύονται με επιμέλεια οι φακοί με προθέσεις μολυβδούχων γυαλιών.

Παρόμοιοι οπίσθια κυπελοειδείς καταρράκτες παρατηρήθηκαν μετά την ρήξη της ατομικής βόμβας στην Χιροσίμα.

4. Καταρράκτης υαλουργών ή πυρογενής καταρράκτης: Επέρχεται σαν αποτέλεσμα της υπέρυθρης ακτινοβολίας. Παρατηρείται θόλωση στον οπίσθιο πόλο των φακών και αποκόλληση πεταλιών από το πρόσθιο περιφάκιο.

Η επαγγελματική αυτή πάθηση σήμερα, με την εφαρμογή των προστατευτικών γυαλιών σπανίζει.

5. Ηλεκτρικός καταρράκτης: Αυτός δημιουργείται από τραυματισμό με ισχυρό ρεύμα ή κεραυνοπληξία.

Καταρράκτης σε οφθαλμικές παθήσεις

1. Καταρράκτης επιπλοκής: Αυτός μπορεί να δημιουργηθεί σε χρόνιες ενδοφθάλμιες παθήσεις, όπως π.χ. χρόνια ιριδοκυκλίτιδα, σε γλαύκωμα, σε μακράς διάρκειας αποκόλληση του αμφιβληστροειδή ή σε μελαγχρωστική εκφύλιση. Η θόλωση εμφανίζεται αστεροειδώς στον οπίσθιο πόλο και υποπεριφακικά.

2. Καταρράκτης ετεροχρωμικός: Αυτός είναι ένας ιδιαίτερος τύπος που παρουσιάζεται πάντοτε μονόπλευρα σε ετεροχρωμική κυκλίτιδα. Τα χειρουργικά αποτελέσματα είναι καλά παρά τα σημεία φλεγμονής.

4. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Καταρρακτης σε γενικές παθήσεις

1. **Μυοτονικός καταρράκτης:** Ο καταρράκτης αυτός είναι σπάνιος. Παρουσιάζεται στην μυοτονική δυστροφία.
2. **Καταρρακτης από δερματικές παθήσεις:** Δημιουργείται σε χρόνια νευροδερματίτιδα και σπανιότερα σε άλλες παθήσεις του δέρματος.
3. **Καταρράκτης σε δηλητηριάσεις:** Με εργοτίνη ή με απισχνατικά με δινιτροφαινόλη ή δινιτροκρεόλη καθώς και σε πειραματόζωα μετά από χορήγηση ναφθαλίνης, διμεθυλοσουλφοξειδίου ή θάλιου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Η εξέταση του ματιού γίνεται συνήθως μ' ένα ειδικό φώς. Ο εξεταστής μπορεί ακόμα να χρησιμοποιήσει μεγενθυτικό φακό για να διακρίνει μερικές απ' τις μικρότερες λεπτομέρειες του οφθαλμού.

Για τις μικρότερες λεπτομέρειες στο μπροστινό τμήμα του οφθαλμού θα χρησιμοποιήσει ένα πιό πολύπλοκο όργανο που λέγεται σχισμοειδής λυχνία.

Επίσης η διάγνωση μπορεί να γίνει και με το οφθαλμοσκόπιο.

Στην προσπάθεια να εξετασθεί ο αμφιβληστροειδής, όταν κοντεύει το οφθαλμοσκόπιο να πλησιάσει το μάτι, δεν εμφανίζεται η ρόδινη ανταύγεια του αμφιβλητροειδή αλλά μέρει λευκό.

Στην προσπάθεια παραπέρα του αμφιβληστροειδή αυτή (η εξέταση) είναι αδύνατη.

Εάν είναι δυνατή η εξέταση του αμφιβληστροειδή με το οφθαλμοσκόπιο άμεση ή έμμεση τότε δεν υπάρχει καταρράκτης και η μείωση της οπτικής οξύτητας οφείλεται σ' άλλους λόγους.

ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Λίγες μορφές του καταρράκτη μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά όπως ο γαλακτοζαιμικός καταρράκτης ο οποίος είναι ανατάξιμος με δίαιτα χωρίς γαλακτόζη.

Σε διαβητικό ή τετανικό καταρράκτη μια ανάλογη θεραπεία με ινουλίνη ή ασβέστιο μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη. Οι θολωμένες όμως ίνες δεν ξαναδιαυγάζουν.

Στις υπόλοιπες όμως μορφές καταρράκτη ιδιαίτερα του γεροντικού τα φάρμακα δεν οφελούν του ασθενή.

Η μόνη θεραπεία για έναν καταρράκτη είναι η αφαίρεσή του με την χειρουργική επέμβαση.

Ο καταρράκτης δεν θεραπεύεται με LASER.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Οφθαλμολογικές εξετάσεις

Η λήψη του ιστορικού του ασθενή (ατομικού - κληρονομικού - οφθαλμολογικού), η λήψη της οπτικής οξύτητας, ο έλεγχος στη σχισμοειδή λυχνία, η τονομέτρηση, η γωνιοσκόπηση, η οφθαλμοσκόπηση κατόπιν μυδρίασεως, τα tests ξυλοκαΐνης και πενικιλίνης, καθώς και η πλύση πόρου, πρέπει να γίνονται με μεγάλη σχολαστικότητα, δι' ευνοήτους για κάθε περίπτωση λόγους.

Ιδιαίτερη προσοχή θα δώσουμε στην μυδρίαση της κόρης. Κατ' αρχήν αυτή θα πρέπει να γίνει με ήπια μυδριατική tropicol 0,50% & phenylephrine hydrochloride 5% για δύο λόγους:

Πρώτον για να δούμε αν είναι δυνατόν η μυδρίαση της κόρης - γεγονός που θα καθορίσει την τεχνική της επεμβάσεως και δεύτερον για το ενδεχόμενο υπάρξεως πληροφοριών από το βυθό όταν η θόλωση του φακού δεν είναι τόσο μεγάλη, ώστε να το επιτρέπει.

Γενικές εξετάσεις

Σε κάθε ασθενή με καταρράκτη προεγχειρητικώς γίνονται (όπως και προ κάθε άλλης οφθαλμολογικής επεμβάσεως) οι κάτωθι γενικές εξετάσεις:

1. Γενική αίματος
2. Αιματοκρίτης
3. Τ.Κ.Ε.
4. Ουρία αίματος
5. Σάκχαρο αίματος
6. ΗΚΓ
7. Α/α θώρακος.

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Με ποιά μέθοδο;

Η μέθοδος εκλογής για την εξαίρεση του καταρρακτικού φακού είναι η εξωπεριφακική.

Η εξωπεριφακική μέθοδος συγκρινόμενη με την παλαιότερα μέθοδο, την ενδοπεριφακική, πλεονεκτεί.

Ποιά είναι όμως τα πλεονεκτήματα αυτά που αναγκάζουν και τους τελευταίους οπαδούς της ενδοπεριφακικής ν' αλλάξουν μέθοδο σταδιακά;

Η βασικότερη διαφορά της εξωπεριφακικής μεθόδου εξαίρεσης του καταρρακτικού φακού από την ενδοπεριφακική μέθοδο επικεντρώνεται στη διατήρηση του οπισθίου περιφακίου, καθ' όσον ως γνωστόν στη δεύτερη μέθοδο ο καταρράκτης αφαιρείται ως έχει, μέσα στην κάψα του περιφακίου.

Η ύπαρξη ακέραιου οπισθίου περιφακίου αποτελεί και το σπουδαιότερο πλεονέκτημα της εξωπεριφακικής μεθόδου. Η παραμονή της μεμβράνης αυτής εμποδίζει την εμφάνιση επιπλοκών που πηγάζουν από το υαλοειδές αλλά και βοηθά στη διατήρηση της υπόστασης του πρόσθιου θαλάμου.

Στην περίπτωση που αφαιρείται το οπίσθιο περιφάκιο τότε το πρόσθιο υαλοειδές μένει ακάλυπτο και υπάρχει δυνατότητα να προβάλλει μπροστά και να φράξει την ιριδεκτομία και την σκληρετομία.

Η συχνότητα προβολής του υαλοειδούς, μετά από ρήξη ή όχι της πρόσθιας υαλοειδικής μεμβράνης στη διάρκεια ή μετά από μία ενδοπεριφακική εγχείρηση είναι μικρή, αλλά μπορεί να συμβεί και στα πιο έμπειρα χειρουργικά χέρια ή είναι και ανεξάρτητη αυτών.

Όμως με την εξωπεριφακική μέθοδο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί στο ελάχιστο.

Σχετική αδυναμία της εξωπεριφακικής - σε μη έμπειρα χέρια - αποτελεί η τυχόν ατελής αφαίρεση των φακαίων μαζών, η οποία όμως δεν δημιουργεί ουσιαστικά πρόβλημα στην ακεραιότητα του προθαλάμου.

Οι παραμένοντες φακαίες μάζες συνήθως παραμένουν εγκλωβισμένες στον ισημερινό μεταξύ του οπισθίου περιφακίου και των υπολλειμάτων του πρόσθιου περιφακίου.

Αν μερικές απ' αυτές ή και όλες περάσουν στον πρόσθιο θάλαμο, από την σκληρεκτομία και προοδευτικά απορροφώνται.

Η εξωπεριφακική επέμβαση όπως όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις, δεν είναι άμοιρος επιπλοκών. Υπάρχει η πιθανότητα ρήξης του φραγμού περιφακίου- Ζιννείου ζώνης. Η επιπλοκή αυτή είναι συχνότερη σε

περιπτώσεις ψευδοαποφολιδωτικού γλαυκώματος και υπερώριμου καταρράκτη. Στις περιπτώσεις αυτές το υαλοειδές σώμα προβάλλει προς τα εμπρός και μπορεί να προκαλέσει τα προαναφερθέντα προβλήματα και η περίπτωση να μην διαφέρει ουσιαστικά από την ενδοπεριφακική μέθοδο όσον αφορά το υαλοειδές. Στις περιπτώσεις αυτές, ο χειρουργός δύναται να τοποθετήσει ενδοφακικό προσθίου θαλάμου.

Τεχνική

Αφού κινητοποιηθεί ο βολβός γίνεται παρασκευή επιπεφυκτικού κρημνού με βάση το άνω κόλπωμα.

Η τομή του επιπεφυκότα γίνεται στο σκληροκερατοειδές όριο και ακόλουθα ο επιπεφυκώδης απελευθερώνεται προς τα πίσω αφήνοντας ακάλυπτη μεγάλη περιοχή του σκληρού.

Γίνεται επιμελής καυτηρίαση με διπολικό καυτήρα ή με κοινό καυτήρα υπό συνεχή διαβροχή.

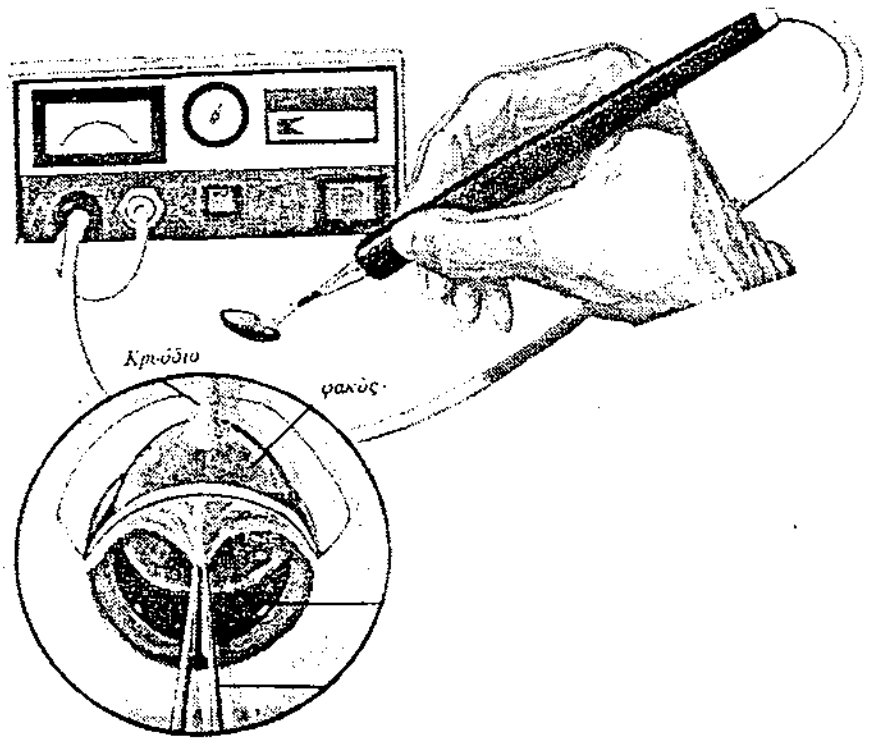
Ησχάση του προσθίου περιφακίου πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν περιφερικότερα και το πρόσθιο περιφακίο πρέπει να αφαιρεθεί πριν από την επέκταση της τομής.

Μετά την απομάκρυνση του περιφακίου η τομή επεκτείνεται κροταφικά και ρινικά και γίνεται ο τοκετός του πυρήνα.

Ακόλουθα τοποθετούνται 2 ή 3 ράμματα ώστε η αναρρόφηση των φακαίων μαζών να γίνεται με ελάχιστη έγχυση και με βαθύ πρόσθιο θάλαμο. Η αναρρόφηση των φακαίων μαζών πρέπει να γίνεται με προσοχή ώστε να αποφευχθεί τυχόν ρήξη του οπισθίου περιφακίου.

Η ένθεση ενδοφακού οπισθίου θαλάμου είναι σχετικά εύκολη ειδικά όταν έχει προηγηθεί ιριδοτομία. Ο ενδοφακός ειδικά όταν έχει προηγηθεί ιριδοτομία. Ο ενδοφακός μπορεί να τοποθετηθεί ενδοκαψικά αλλά θα πρέπει οι αγκύλες του να βρίσκονται σε ορθή γωνία προς την ιριδεκτομία. Μετά την ένθεση του ενδοφακού και στις περιπτώσεις που έχει προηγηθεί ιριδοτομία, γίνεται συρραφή της ίριδας με ράμμα 10-0 prolene.

Κατά τη συρροή της χειρουργικής τομής τοποθετούνται πρώτα δύο ράμματα στα όρια του σκληρικού κρημνού και ακολουθεί η συρραφή της



Ἐξάιρεση τοῦ κα-
ταρράκτη με τὴν κρυοπηξία.

τομής στα δύο πλάγια με συνεχόμενη ή διακεκομμένη ραφή.

Ο σκληρικός κρημνός ακινητοποιείται με δύο χαλαρά σκληρικά ράμματα στα δύο άκρα του.

Ο επιπεφυκότας ακόλουθα έλκεται προς τα εμπρός και συρράπτεται με δύο ράμματα στα ΣΚΟ.

Φακοθρυψία

Ο φακός θρυματίζεται με την συσκευή υπερήχων και ταυτόχρονα γίνεται αναρρόφηση των φακαίων μαζών ενώ την ίδια στιγμή γίνεται έγχυση υγρού δια οπής μέσα στο μάτι προκειμένου να διατηρηθεί η πίεση σταθερή.

Και σ' αυτή την περίπτωση τοποθετείται ενδοφακός οπισθίου θαλάμου.

Εγχείρηση καταρράκτη στην παιδική ηλικία

Σε παιδιά χειρουργούμε το μονόπλευρο συγγενή καταρράκτη το αργότερο το δεύτερο χρόνο. Στις πιο πολλές φορές το μάτι γίνεται αμβλυωπικό, γιατί δεν χρησιμοποιείται στην όραση.

Η καλύτερη βοήθεια είναι η εμφύτευση ενός φακού από πλαστική ύλη. Σε περίπτωση που αυτό δεν μπορεί να γίνει τότε πρέπει να κλείνουμε εναλλάξ το καλό μάτι περιοδικά, πολλές μέρες για να εξασκείται στην όραση το χειρουργημένο μάτι με καταρρακτικά γυαλιά. Όταν το παιδί θα είναι συνεργάσιμο μπορεί να εφαρμοσθεί φακός επαφής.

Αυτές οι μέθοδοι δυστυχώς δεν καταλήγουν συχνά σε επιτυχία, γιατί πολύ σπάνια οι γονείς κλείνουν με αρκετή συνέπεια το ένα μάτι μέχρι το παιδί να μπορέσει τελικά να φορέσει φακό επαφής στο χειρουργημένο μάτι που έγινε αμβλυωπικό.

Σε αμφοτερόπλευρο συγγενή γκριζωπό καταρράκτη χειρουργούμε στον πρώτο χρόνο, γιατί διαφορετικά το παιδί θα γίνει αμβλυωπικό. Μετά το νεογέννητο μπορεί να φορέσει καταρρακτικά γυαλιά. χωρίς αυτά θα δημιουργούνταν ασαφείς εικόνες στον αμφιβληστροειδή και το παιδί δε θα μπορούσε να αναπτύξει κανονικά οπτική οξύτητα.

Διάρκεια παραμονής στην κλινική

Η εγχείρηση καταρράκτη διαρκεί περίπου 60' και μπορεί να πραγματοποιηθεί με τοπική αναισθησία. Η επέμβαση δεν προκαλεί ιδιαίτερο πόνο. Στα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα γενική νάρκωση με αλοθάνη-πρωτοξειδίο του αζώτου εάν διατίθενται ειδικός αναισθησιολόγος. Δεν χειρουργούμε ταυτόχρονα τα 2 μάτια αλλά περιμένουμε για το 2ο μάτι περίπου μία εβδομάδα.

Η παραμονή του ασθενή στην κλινική σήμερα είναι το πολύ - πολύ 4 ημέρες.

Η αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής αφακίας

Αφακία ονομάζουμε την απουσία του φακού του ματιού. Αυτό συμβαίνει μετά από χειρουργική εξαίρεση του θολωμένου ματιού του καταρράκτη.

Προβλήματα αφακικής όρασης

Ο άφακος (χωρίς τον κρυσταλλοειδή φακό) ασθενής χωρίς διόρθωση βλέπει πολύ θολά.

Για να μπορέσει να δει ο άφακος χρησιμοποιούμε φακούς δηλ. γυαλιά μ' ένα ισχυρό θετικό σφαιρώμα.

Αυτή η διόρθωση δημιουργεί ορισμένα προβλήματα:

1. Μεγένθυση ειδώλων

Ένα αντικείμενο φαίνεται πολύ μεγαλύτερο 25-30% όταν ο φακός φέρει διορθωτικά γυαλιά.

Όταν λοιπόν έχει χειρουργηθεί το ένα μάτι του για καταρράκτη (δηλ. είναι άφακο) και το άλλο μάτι του είναι σχετικά φυσιολογικό, τότε το μεγαλύτερο είδωλο που σχηματίζεται στο βυθό του αφάκου δεν

ταυτίζεται (στον εγκέφαλο) με το φυσιολογικό είδωλο του υγιούς οφθαλμού οπότε έχουμε αδυναμία ταύτισης και καλής διόφθαλμης όρασης.

Επίσης αυτός που φέρει διορθωτικό γυαλί για την αφακία του, νομίζει ότι τ' αντικείμενα είναι πιο κοντά.

Το πρόβλημα της μεγένθυσης των ειδώλων στον άφακο που φέρει το "χοντρό" διορθωτικό γυαλί, το αντιμετωπίζει σχετικά ο φακός επαφής (που προκαλεί λιγότερη μεγένθυση) και ακόμα καλύτερα ο ένθετος (ενδοφθάλμιος) φακός, που τοποθετείται κατά την επέμβαση μέσα στο μάτι.

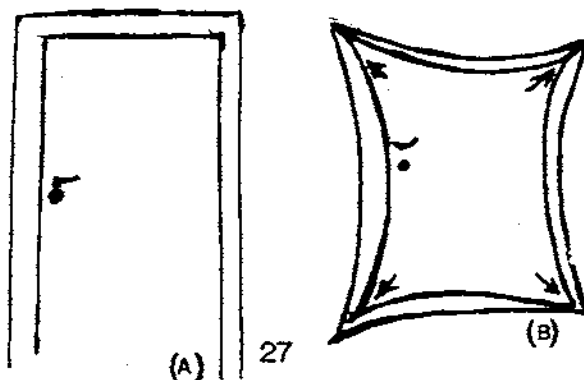
Όταν αφαιρούμε όλο τον καταρρακτικό φακό π.χ. με την κρουοπηξία, τότε συνήθως τοποθετούμε ένθετο (ενδοφθάλμιο) φακό στον πρόσθιο θάλαμο (μπροστά από την ίριδα). Για να τοποθετήσουμε τον ενδοφθάλμιο φακό πίσω από την ίριδα, (στην προηγούμενη θέση του) ανάγουμε το περιφάκιο, καθαρίζουμε τις θολωμένες φακαίες μάζες (εξωπεριφακική εξαίρεση) και τοποθετούμε τον ένθετο φακό.

Με τους ένθετους (ενδοφθάλμιους) φακούς δεν έχουμε τα προβλήματα που προκαλούν οι διορθωτικοί φακοί των γυαλιών που εκτός της μεγένθυσης είναι:

2. Παραμόρφωση εικόνων και εσφαλμένος προσανατολισμός στο χώρο (εσφαλμένο βάθος και προβολή) πιο έντονος όταν στρέφει ο άφακος τα μάτια του!

3. Η έκταση που βλέπει (το οπτικό πεδίο)... περιορίζεται με τα διορθωτικά γυαλιά και σχηματίζεται ένα δακτυλιοειδές σκότωμα. (Γι' αυτό όταν οδηγεί φαίνεται ένα αυτοκίνητο ότι "Ξεπετάγεται" ξαφνικά μπροστά του!...).

Έτσι μια πόρτα (A) φαίνεται παραμορφωμένη καθώς την κοιτάζει ο άφακος με το γυαλί του (B).



4. Άλλες οπτικές διαταραχές όπως π.χ. της **χρωματικής αντίληψης** (τα βλέπουν πιο μπλέ-κυανοψία ή και ενίοτε πιο κοκκινωπά-ερυθροψία κ.α.)

5. Φυσικά δεν λειτουργεί η **προσαρμογή** (ο άφακος δεν μπορεί να δει κοντά και μακριά με ένα διορθωτικό φακό, γι' αυτό συνήθως φέρει φακούς με δύο διαφορετικές διαπλαστικές δυνάμεις - τα διπλεστικά).

Αυτή η κατάργηση της προσαρμογής δεν διορθώνεται ούτε και με τους ενδοφθάλμιους φακούς (αν και γίνονται προσπάθειες ν' αντιμετωπιστεί και αυτό το πρόβλημα).

Αντιμετώπιση αφακικής όρασης

1. Με γυαλιά

Χρησιμοποιούνται από πολλά χρόνια, αλλά δυστυχώς παρουσιάζονται τα σφάλματα των διορθωτικών φακών (καμπύλωση του πεδίου, σφαιρική εκτροπή και παραμόρφωση, αστιγματισμός όταν το μάτι κοιτάζει και την περιφέρεια του φακού κ.α.). Τέλος η μεγένθυση, που προκαλεί, των αντικειμένων κ.α. που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Σήμερα κατασκευάζονται διορθωτικοί φακοί που προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν ή να εξουδετερώσουν τα προβλήματα αυτά (π.χ. "φακοειδείς" φακός πλαστικός κ.α.) Συνήθως στην περίπτωση της ετερόπλευρης αφακίας σκεπάζεται (αποκλείεται) το άλλο μάτι. Γενικά η διόρθωση με άφακο γυαλί προσφέρει σχετικά "κακής ποιότητας" όραση.

2. Φακοί επαφής

Οι φακοί επαφής δεν προκαλούν σοβαρή μεγένθυση, δεν προκαλούν παραμόρφωση της εικόνας, ούτε δακτυλιοειδές σκότωμα! Απαιτούν όμως καλή και σωστή συντήρηση (καθαριότητα, αποστείρωση, διατήρηση κ.α.), ικανότητα εφαρμογής (ή την παρουσία άλλου ανθρώπου).

3. Ενδοφθάλμιοι φακοί

Τοποθετούνται κατά την διάρκεια της επέμβασης μέσα στο μάτι (μπροστά από την ίριδα δηλ. στον προθάλαμο ή πίσω από την ίριδα συνήθως στη θέση που βρίσκεται ο φυσιολογικός φακός.

Οι ενδοφθάλμιοι (ένθετοι) φακοί (ή "ψευδοφακοί" προκαλούν σχεδόν μηδαμινή μεγένθυση 2%, δεν απαιτούν καθημερινή φροντίδα (δεν χάνονται, δεν χαλάνε) και προσφέρουν ποιότητα όρασης.

Μπορεί ενίοτε και αυτοί να προκαλέσουν προβλήματα. Απαιτείται σωστή ένδειξη (δεν τοποθετείται ενδοφακό σε υψηλό μύωπα, σ' ένα μονόφθαλμο, διαβητικό με γλαύκωμα, σε παθήσεις ενδοθηλίου ή κερατοειδούς και άλλα.

Κριτική αντιμετώπιση του προβλήματος

Η απόφαση και η επιλογή της αντιμετώπισης της μεταγχειρητικής αφακίας πρέπει να βασίζεται:

- Στην πλήρη ενημέρωση του ασθενούς και στην αποδοχή του.
- Στην πλήρη γνώση των ενδείξεων και αντενδείξεων. Κάθε τρόπου αντιμετώπισης (σχετικές ή απόλυτες).
- Στην αξιολόγηση της κατάστασης του ματιού του ασθενούς, των αναγκών του, τρόπος ζωής κ.α.

Ως προς την τελική απόφαση, πιστεύουμε ότι σημαντικά επιδρούν:

- α) Η γνώση των κινδύνων
- β) Το οπτικό αποτέλεσμα.
- γ) Η αποδοχή του ασθενούς και
- δ) Το χειρουργικό αποτέλεσμα (ή κατά την διάρκεια της εγχείρησης τυχόν προβλήματα ή επιπλοκές).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Προεγχειρητικές επιπλοκές

Η αναισθησία αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχίας κατά την εγχείρηση του γεροντικού καταρράκτη.

Το είδος της αναισθησίας που θα εφαρμοσθεί θα εξαρτηθεί από την εκτίμηση που θα προκύψει από την προσωπική επαφή του χειρουργού προς τον άρρωστο.

Σε ασθενείς αγχώδεις, σχετικά νεούς, πληθωρικούς και σε μονόφθαλμους ασθενείς, πέρα από τις αισιόδοξες διαβεβαιώσεις για ανώδυνη και ακίνδυνη επέμβαση και την προοπτική για ταχεία έγερση από την κλίνη καθώς και την οπτική αποκατάσταση, φρόνιμο είναι εάν δεν μπορεί να εφαρμοσθεί γενική αναισθησία να εφαρμοσθεί η ενισχυμένη αναισθησία δια της χορηγήσεως προεγχειρητικώς, μίγματος ψυχορόπων φαρμάκων (BELLERGAL, LUMINAL, PHENERGAN, PETMIDINE, LARGACTIL, DIDARCOL).

Σε ηλικιωμένους, λεπτοψυείς και ήρεμους ασθενείς, αρκεί η χορήγηση μιας φύσιγγας phenergan και μιάς luminal, τρεις ώρες περίπου προ της εγχείρησης.

Όσον αφορά την τοπική με νοβοκαΐνη ή ξυλοκαΐνη αναισθησία, η οποία εκτελείται προσωπικώς από τον χειρουργό, χρησιμοποιούνται λεπτές βελόνες, ασκείται αναρρόφηση προ της εγχύσεως και ενίετε γενικώς ποσότητα ικανή για την επίτευξη απόλυτης ακινησίας.

Εκεί που είναι επιθυμητή η οπισθοβολβική αναισθησία ενίετε ανάλογη ποσότητα αδρεναλίνης και υαλουρονιδάσης.

Το σύνολο των παραπάνω ενεργειών συνιστά μία καλή αρχή και κατά συνέπεια αποτρέπει μέρος εγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Είναι δυνατόν σε περιπτώσεις που εφαρμόζεται ενισχυμένη αναισθησία να εμφανισθεί διέγερσις, που καθιστά προβληματική την εκτέλεση της επεμβάσεως. Για την καταστολή της διεγέρσεως γίνεται χορήγηση

σκοπολαμίνης.

Θάνατος από ανακοπή από ενδοφλέβια έγχυση τοπικού αναισθητικού, αποτρεπόμενης δια της συστηματικής αναρροφήσεως, συμβαίνει εξαιρετικά σπάνια.

Σπάνια επίσης παρατηρούνται οπισθοβολβικά αιματώματα, η εμφάνιση των οποίων επιβάλλει αναβολή της εγχειρήσεως επί 10ήμερον περίπου και εφαρμογή πιεστικής επιδέσεως.

Μετά την τοπική γίνεται δακτυλική μάλαξη (μασάζ) του βολβού δηλ. πριν την τομή.

Εγχειρητικές επιπλοκές

Η χρησιμοποίησης κατά τα τελευταία χρόνια λεπτοτέρων και υψηλής ποιότητας εργαλείων η βελτίωσης των τεχνικών και ειδικά δε ότι αφορά τη συρραφή του εγχειρητικού τραύματος η εκτέλεσις των αναγκαίων χειρισμών καθώς και η εισαγωγή των αντιβιοτικών όπως χυμοθρυψίνης και τελευταία η κρυαθηξία έχουν περιορίσει σημαντικά τις εγχειρητικές επιπλοκές.

Οι τρεις σημαντικότεροι χρόνοι κατά την εξαίρεση του γεροντικού καταρράκτη είναι:

- α) Η διάνοιξη του προσθίου θαλάμου.
- β) Η εξαίρεση του φακού και ένθεση ενδοφακού.
- γ) Η συρραφή του εγχειρητικού τραύματος.

Για την διάνοιξη του προσθίου θαλάμου χρησιμοποιείται η εξής μέθοδος.

Η κλασική τομή με μαχαιρίδιο με ή άνευ κρημνού επιπεφυκότος και επέκταση της τομής με ειδικό κυρτό ψαλίδι.

Η ενδοπεριφακική εξαίρεση διευκολύνεται από την εισαγωγή της χυμοθρυψίνης. Η χρήση της όμως απαιτεί προσοχή, διότι προκαλεί υπερτονία κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

Επειδή η υπερτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει άλλες επιπλοκές όπως διαταραχές της επούλωσης του τραύματος, πρόπτωση της

ίριδας κ.λ.π., καλό είναι η χυμοθριψίνη να εφαρμόζεται εκεί όπου προβλέπονται δυσχέρειες κατά την εξαίρεση του φακού σε μικρή ποσότητα και να ακολουθεί μετά την εφαρμογή, πλύση με φυσιολογικό ορό.

Κατά την εφαρμογή κρουοεξαιρέσεως προκαλούνται επιπλοκές όπως σύλληψη της ίριδας ή του κερατοειδούς, οι οποίες οφείλονται σε κακή τεχνική και δεν αποτελούν πρόβλημα.

Προληπτικά καλό είναι να χορηγείται tabl Diamox ή και ωσμωτικά φάρμακα πριν την εγχείρηση και κυρίως να ασκείται δακτυλική μάλαξη του βολβού πριν την τομή.

Επίσης προληπτικά εκτελείται σφιγκτηροτομία κατά την 6η ώρα και επί προπτώσεως του υαλοειδούς ολοκληρώνεται η περιφερική σε ολική ιριδεκτομή. Η καλή συρραφή του τραύματος αποτρέπει μετεγχειρητικές επιπλοκές. Τα ράμματα δεν πρέπει να τοποθετούνται σε μεγάλο βάθος. Η εξωθητική αιμορραγία είναι σπάνια και απρόβλεπτη.

Αν εμφανιστεί συνιστάται παρακέντηση του σκληρού προς εκκένωση του αίματος με μαχαιρίδιο ή τρυπάνι του Elliot.

Μεταγχειρητικές επιπλοκές παθολογικών καταρρακτών

Μόλυνση

Η μεταγχειρητική μόλυνση δεν αποτελεί πλέον τον εφιάλτη των χειρουργών όπως συνέβαινε προ 20ετίας περίπου. Αποτελεί ήδη σπάνιο ατύχημα μετά την εισαγωγή στην θεραπευτική των σουλφαμιδών, των αντιβιοτικών και των αντιφλεγμονοδών φαρμάκων. Στην εμφάνιση της μόλυνσεως πάντως πρέπει να γίνει έγκαιρη διάγνωση και να καθοριστεί το αίτιο αυτής για να αποφευχθούν καταστροφικά αποτελέσματα.

Για την πρόληψη συνιστάται λήψη αντιβιοτικών πριν την επέμβαση, ή ένεση αντιβιοτικών στον επιπεφυκότα κατόπιν επεμβάσεως ή χορήγηση και των δύο συγχρόνως.

Η πρώτη αλλαγή γίνεται μετά από 24h από την επέμβαση.

Αν παρουσιαστεί οίδημα των βλεφάρων, εκχυμώσεις στον επιπεφυκότα, έντονη ιριδική αντίδραση και θολερότητας του προσθίου θαλάμου

εκτελείται καλλιέργεια του εκκρίμματος των κολπωμάτων και αντιβιογράμμα για να βρεθεί το κατάλληλο αντιβιοτικό.

Μέχρι να ληφθεί η απάντηση του εργαστηρίου επιβάλλεται η λήψη αντιβιοτικού ευρέως φάσματος γενικά και τοπική ένεση στον επιπεφυκότα πυκνού διαλύματος πενικιλίνης.

Υφαιμα

Είναι συνήθως αποτέλεσμα της αιμορραγίας κατά την εκτέλεση της εγχειρήσεως.

Απορροφάται αμέσως σε διάστημα 12-48h.

Τα πραγματικά υφαίματα παρατηρούνται μεταξύ 3ης και 7ης μετεγχειρητικής ημέρας ή και αργότερα. Αποτελούν επιπλοκή που οφείλονται σε παράγοντες οι οποίοι συνήθως δεν προβλέπονται.

Τα υφαίματα διακρίνονται σε αυτόματα και τραυματικά.

Των αυτομάτων η αιτία δεν καθορίζεται ακριβώς εκτός αν προκληθεί κατά την διάρκεια της επεμβάσεως ιριδοδιάλυσης. Μεγάλη σημασία για την εμφάνιση του αυτόματου υφαίματος έχει η τοπική κατάσταση του βολβού του οφθαλμού καθώς επίσης και η γενική κατάσταση του ασθενούς π.χ. σε υψηλή αρτηριακή πίεση λαμβάνονται προληπτικά μέτρα, σε άτομα με αιμορραγική διάθεση που η εμφάνιση του υφαίματος είναι συχνότερη.

Σε συνεχείς υποτροπές της αιμορραγίας είναι δυνατόν να προκληθεί δευτεροπαθές γλαύκωμα κακής προγνώσεως.

Τα μετατραυματικά υφαίματα οφείλονται κατά κανόνα στην συμπεριφορά του ασθενούς μετά την επέμβαση. Μπορεί ο τραυματισμός να είναι άμμεσος ή έμμεσος.

Οι έμμεσοι τραυματισμοί γίνονται με το χέρι του ασθενή, λόγω τριβής ή πιέσεως του οφθαλμού.

Σε σπάνιες περιπτώσεις προκαλείται απ' το γιατρό, με απότομη διάνοιξη των βλεφάρων ή με απότομη σύσπαση αυτών κατόπιν εντόνου φωτισμού του οφθαλμού κατά την αλλαγή ή την ενστάλλαξη κολλυρίων.

Εμμεσα προκαλείται ύφαιμα από έντονο βήχα, πτάρνισμα, εμετό, τεινισμό επί δυσκοιλιότητας κλ.π., λόγω αυξήσεως της φλεβικής πιέσεως.

Βραδύς ανασχηματισμός προσθίου θαλάμου (αθαλαμία)

Πρόκειται για μετεγχειρητική επιπλοκή όχι πάντα σοβαρή. Είναι όμως δυνατόν να έχει τραγικές συνέπειες.

Ο σχηματισμός του προσθίου θαλάμου μετά την εγχείρηση καταρράκτη είναι πάντα γρήγορος. Ήδη κατά την λήψη της επεμβάσεως έχει ανασχηματισθεί μερικώς και κατά την πρώτη αλλαγή έχει αποκτήσει το κανονικό βάθος.

Ο ανασχηματισμός όμως του προσθίου θαλάμου με αέρα ή φυσιολογικό ορρό μετά την επέμβαση δεν αποκλείει την εμφάνιση της επιπλοκής. Αν διαπιστωθεί με την απλή εξέταση κατά την πρώτη αλλαγή τότε εφαρμόζεται αμφοτεροθαλμικός πιεστικός επίδεσμος επί 48 h και συνιστάται ακινησία. Μετά από 48h γίνεται επανεξέταση με βιομικροσκόπιο και ελέγχεται η τομή, οι ραφές και το οίδημα του κερατοειδούς. Διότι η ανώμαλος τομή είναι η κύρια αιτία της επιπλοκής.

Η όψιμος εξάλειψη του προσθίου θαλάμου εμφανίζεται συνήθως την 5η - 6η μεταγχειρητική ημέρα και είναι κατά κανόνα τραυματική με επακόλουθο την διάνοιξη της τομής και εκτόπιση της κόρης και κωνική ή τραπεζοειδή σύμφυση αυτής κατά την ιριδοκερατοειδική γωνία.

Αν παραταθεί η αθαλαμία επιβαρύνεται η πρόγνωση. Κυριώτερη επιπλοκή της παρατεταμένης αθαλαμίας είναι το γλαύκωμα. Συνηθέστερα αίτια είναι η ατελής σύγκληση του εγχειρητικού τραύματος.

Για την προφύλαξη από την επιπλοκή θα πρέπει η τομή να γίνεται όσο το δυνατόν ομαλή, με άψογα εργαλεία, τα ράμματα να εκτελούνται με τραυματικές βελόνες και να είναι απολύτως αντίστοιχα προς τα χείλη της τομής.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της επιπλοκής είναι συντηρητική η

χειρουργική. Φαρμακευτικώς χρησιμοποιείται η τοπική εναλάξ εφαρμογή μυδριατικών και μυωτικών κολλυρίων και Diamox.

Η χειρουργική θεραπεία στηρίζεται στην παθογένεια της επιπλοκής και αποβλέπει κυρίως στην στεγανοποίηση της αποκολλησεως του χοριοειδούς.

Δευτεροπαθές γλαύκωμα

Οφείλεται συνήθως στην παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του υδατοειδούς υγρού από τον οπίσθιο θάλαμο προς το πρόσθιο.

Μερικά από τα αίτια που προκαλούν το δευτεροπαθές γλαύκωμα είναι:

- α) Βραδύς ανασχηματισμός του προσθίου θαλάμου ή όψιμος αθαλαμία.
- β) Απόφραξη της κόρης από την προβολή της υαλοειδικής μεμβράνης.
- γ) Πρόπτωση της ίριδος.
- δ) Υφαιμα υποτροπιάζων ή βραδέως απορροφούμενο λόγω αποφράξεως των πόρων του ηθμού.
- ε) Παραμονή φακίων μαζών στο πρόσθιο θάλαμο.
- στ) Επιθηλιοποίηση του προσθίου θαλάμου.
- ζ) Υπερτασική ιριδοκυκλίτις.

Η θεραπεία είναι φαρμακευτική και σε αρνητικά αποτελέσματα χειρουργική.

Η ενδοφθάλμιος πίεση πρέπει να φτάσει στα φυσιολογικά όρια. Χορηγούνται μυωτικά σε συνδυασμό με αδρεναλίνη.

Πρόπτωση της ίριδος και άνοδος της κόρης

Κύρια αίτια της προπτώσεως της ίριδος είναι ο μεταγχειρητικός τραυματισμός του οφθαλμού, οπότε η ίριδα ωθείται, λόγω απότομης αυξήσεως της ενδοφθάλμιας πιέσεως προς την τομή υπό των ενδοφθάλμιων υγρών.

Για την αντιμετώπιση της ιριδικής προπτώσεως συνιστάται φωτοπληξία

χωρίς όμως να έχει άμεσα αποτελέσματα.

Οίδημα της ωχράς

Απαντάται συνήθως σε περιστατικά μετά από ρήξη της υαλοειδούς μεμβράνης.

Στις μισές περιπτώσεις εμφανίζεται υποστροφή ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις παρά την θεραπεία με αγγειοδιασταλτικά η κατάσταση παραμένει αμετάβλητη.

Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς

Δεν αποτελεί ακριβώς επιπλοκή, αλλά νόσο παράλληλα εξελισσόμενη και η οποία ενδεχομένως επιβαρύνεται από την εξαίρεση του καταρράκτη.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση επιβάλλει εγχειρητικές μεθόδους.

Επιπλοκές από τον κερατοειδή

Η ραβδωτή κερατίτιδα συμβαίνει εκεί που γίνονται πολλοί χειρισμοί και συχνή αναστροφή του κρημνού του κερατοειδούς κατά την εγχείρηση. Υποβοηθητικό ρόλο παίζει και η χρησιμοποίηση χυμοθρυψίνης. Υποχωρεί χωρίς υπολείμματα τις πρώτες μεταεγχειρητικές ημέρες. Επίμονο είναι το οίδημα του κερατοειδούς που οφείλεται σε σύμφιση αυτού με τον υαλοειδή ή προς την ίριδα.

Παρεκτόπιση της κόρης

Παρατηρείται σε πρόπτωση του υαλοειδούς και σε ατελή επούλωση που έχει σαν συνέπεια έγκλειση της ίριδος εντός του τραύματος, προλαμβάνεται εκεί όπου αναμένονται επιπλοκές οι οποίες οδηγούν στην παρεκτόπιση, με την εκτέλεση πριν την εξαίρεση του φακού σφιγκτηροτομίας κατά την 6η ώρα και θεραπεύεται με την φωτοπληξία.

Γενικές επιπλοκές

Οι πιο συνηθισμένες γενικές επιπλοκές, οι οποίες οφείλονται στην προχωρημένη ηλικία και την μετεγχειρητική κατάκλιση είναι η επίσχεση ούρων και κοπράνων, οι έμετοι, η αιπνία, το παραλήρημα, οι υποστατικές πνευμονίες και το πνευμονικό έμβολο.

Για την πρόληψή τους επιβάλλεται επιμελημένη προεγχειρητική εξέταση του καρδιοαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος και ταχεία έγερση από το κρεβάτι μετά την εγχείρηση, εφόσον έχει ασφαλιστεί το τραύμα σε κερατοσκληρικές ραφές.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

"ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ"

Ο οφθαλμολογικός αρρώστος παρουσιάζει φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες οι οποίες αιτιάζονται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα της οφθαλμολογικής ασθένειας ορισμένες φορές αποτελούν πρόδρομο σημείο ή και επιπλοκές ακόμα μιας κάποιας άλλης γενικής ασθένειας.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να συμπεριφέρεται με μεγάλη προσοχή ώστε να αποφεύγεται η συναισθηματική διέγερση και ανησυχία του ασθενούς.

Η ανησυχία του ασθενούς αποδίδεται σε πολλούς λόγους. Κατά πρώτον η φύση της ασθένειάς του, δηλαδή μειωμένη όραση του δημιουργεί φόβο και άγχος για την μελλοντική του επαγγελματική και κοινωνική συμπεριφορά.

Συχνά του δημιουργείται ο φόβος ότι πλέον δεν θα μπορεί να αποδώσει στη δουλειά του με συνέπεια να αισθάνεται ανήμπορος να συνεισφέρει στην οικογένειά του και κατ' επέκταση στην κοινωνία.

Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες η νοσηλεύτρια λαμβάνοντας υπ' όψιν της το σύνολο "άνθρωπος" και όχι το "άρρωστο όργανο" καλείται να προσπαθήσει να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει για τις ανησυχίες και τους φόβους του προσφέροντάς του την δυνατότητα για συναισθηματική εκφόρτηση και επιπλέον την αναγκαία στοργή και ενίσχυση που απαιτούνται για την αντιμετώπιση παρομοίων καταστάσεων.

Η απασχόληση του αρρώστου και η ψυχαγωγία του, θα πρέπει να συνδυαστεί με την όλη νοσηλευτική φροντίδα.

Μια καλή διέξοδος στην ψυχική ένταση του αρρώστου, θα μπορούσε να δωθεί είτε με την επικοινωνία με άλλους ασθενείς, είτε ακόμα με την ακρόαση μουσικής κ.λ.π.

Η νοσηλευτική φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου, είναι ίδια όπως και στους άλλους αρρώστους που μπορούν ή δεν μπορούν να

περπατήσουν.

Θα πρέπει να βοηθείται όσο το δυνατόν περισσότερο για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του, αλλά και να ενισχύεται για αυτοεξυπηρέτηση για να μη νοιώθει το αίσθημα της επιβαρύνσεως και φόρτου στους άλλους.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όρασή του, τον βοηθούμε να φάει και αν θέλει να αυτοεξυπηρετηθεί τον προσέχουμε ώστε να μην τραυματιστεί.

Η κένωση του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με υποκλισμό ή καθαρτικά υπόθετα.

Στους περπατητικούς συνιστούμε ανάπαυση και ησυχία. Δεν πρέπει να διαβάζουν, καπνίζουν ή ξυρίζονται χωρίς ιατρική άδεια.

Πρέπει να αποφεύγεται το τρίψιμο των ματιών με τα χέρια, ο καθαρισμός με υγρά μαντήλια ή άλλα μέσα.

Ο οφθαλμολογικός άρρωστος βλέπει με "τα μάτια": της νοσηλεύτριας και γι' αυτό και οι φυσικές και οι συναισθηματικές ανάγκες τους, πρέπει να γίνονται αντικείμενο φροντίδας της.

Προεγχειρητική ετοιμασία οφθαλμολογικού αρρώστου

Η προεγχειρητική ετοιμασία του οφθαλμολογιού αρρώστου πρέπει να γίνεται με προσοχή και σχολαστικότητα.

Το δωμάτιο του αρρώστου πρέπει να έχει την απαιτούμενη συσκότηση, το κουδούνι και το κομοδίνο τοποθετούνται προς τη μεριά του ματιού που δεν θα χειρουργηθεί.

Η κένωση του εντερικού σωλήνα γίνεται με υποκλισμό ή άλλα υπακτικά φάρμακα για να προλάβουμε τις ενδοκοιλιακές πιέσεις από δυσκοιλιότητα που έχουν δυσμενείς επιπτώσεις και στην ενδοφθάλμια πίεση.

Πρέπει να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσεως των επιπεφυκώτων και αυτό γίνεται ως εξής:

1. Καλλιέργεια εκκρίσεων επιπεφυκώτων.
2. Χρησιμοποίηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών κολλυρίων, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
3. Τήρηση αρχών ασηψίας και αντισηψίας όταν γίνεται νοσηλεία στο μάτι.

Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι πρόκειται να του κόψουμε τις βλεφαρίδες και να μην ανησυχεί εφόσον αυτές ξαναμεγαλώνουν σε διάστημα περίπου δύο εβδομάδων.

Οι βλεφαρίδες κόνονται με ειδική αλοιφή οφθαλμολογική ή με βαζελίνη και με ειδικό ψαλιδάκι.

Αφαιρούνται απ' αυτόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, σκουλαρίκια, δακτυλίδια, τσιμπιδάκια μαλλιών και γενικά ότι ξένο αντικείμενο βρίσκεται επάνω του, αν πρόκειται να πάρει γενική αναισθησία, αν και οι περισσότερες εγχειρήσεις του καταρράκτη γίνονται με τοπική αναισθησία.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τον άρρωστο έτσι ώστε να νοιώθει άνετα στο χώρο που βρίσκεται, τον ενημερώνει για το προσωπικό του τμήματος και τον τρόπο επικοινωνίας μαζί του.

Τα μαλλιά των γυναικών τακτοποιούνται έτσι ώστε να μην χρειάζονται χτένισμα αμέσως μετά την εγχείρηση. Δεν χτενίζονται για μερικές ημέρες για να μην πιέζεται το μάτι (αύξηση ενδοφθάλμιας πίεσεως).

Η προετοιμασία του ματιού για εγχείρηση γίνεται το πρωινό της μέρας του χειρουργείου.

Η προετοιμασία γίνεται ως εξής:

- Πλένεται το μάτι με φυσιολογικό ορό.
- Γίνονται ενσταλάξεις αντιβιοτικών κολλυρίων (sulfanicol ή thilocol) και μυδριατικών (tropicol & phenylethrine 5%) για την διαστολή της κόρης κατόπιν εντολής του ιατρού.

- Καθαρίζονται το μέτωπο, μύτη, παρειές με αντισηπτική ουσία.

Τα βλέφαρα μπορεί να κόβονται και το απόγευμα της προηγούμενης μέρας.

- Ο άρρωστος είναι νηστικός αν και η εγχείρηση θα γίνει με τοπική αναισθησία, για την αποφυγή ναυτίας και εμέτων.

Η νοσηλεία του αρρώστου στο νοσοκομείο γίνεται σε θάλαμο με χαμηλό φωτισμό.

Όταν εφαρμόζεται τοπική αναισθησία, προτρέπεται ο άρρωστος να κρατά το κεφάλι του σε πλήρη ακινησία και να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες.

Μεταχειρητική φροντίδα οφθαλμολογικού αρρώστου

Αυτή εξαρτάται από την τεχνική της εγχειρήσεως από την γενική κατάσταση του αρρώστου και την ειδική μετεγχειρητική φροντίδα που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

Ο άρρωστος τοποθετείται στο φορείο από το χειρουργικό τραπέζι χωρίς να προσπαθήσει αυτός, γιατί αυξάνεται η ενδοφθάλμια πίεση και τεντώνονται τα ράμματα.

Σε περίπτωση που και τα 2 μάτια είναι καλυμμένα, τότε η νοσηλεύτρια τον βοηθάει να προσανατολισθεί στο περιβάλλον και επιβεβαιώνεται ότι όλες του οι ανάγκες θα ικανοποιούνται.

Εδώ η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι μεγάλη γιατί ο ασθενής νοιώθει ανασφάλεια για τον λόγο ότι δεν βλέπει καθόλου και βρίσκεται σε πλήρη ακινησία.

- Παίρνουμε κατάλληλα μέτρα για να αποφύγει ο ασθενής την αύξηση της ενδοφθάλμιας πιέσεως και το τέντωμα στα ράμματα, όπως η καταπολέμηση δυσκοιλιότητας, επίσχεσης ουρών, βήχα, εμέτων, ναυτίας, φταρνίσματος, διεγέρσεων, αποφυγή σκυψίματος και απότομων κινήσεων

του κεφαλιού.

Αποφεύγεται το κτένισμα μαλλιών, το ξύρισμα, το βούρτσισμα των δοντιών για το πρώτο 24ωρο.

- Λαμβάνονται μέτρα αποφυγής της μόλυνσεως επειδή το μάτι είναι πολύ ευαίσθητο στις φλεγμονές όπως:

1. Αποφυγή τριψίματος ματιού με τα χέρια.
2. Εφαρμογή μη άσηπτης τεχνικής στις αλλαγές του τραύματος.

- Λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για αποφυγή κακώσεων, εξαιτίας της μειωμένης οράσεως όπως.

1. Βοήθεια όταν ο άρρωστος σηκώνεται για να μην πέσει και να μην κτυπήσει σε αντικείμενα.

2. Αποφυγή καπνίσματος για το φόβο α) της πυρκαϊάς, επειδή ο ασθενής δεν βλέπει β) αποφυγή του βήχα, επειδή αυξάνεται η ενδοφθάλμια πίεση.

- Βελτίωση ανέσεως αρρώστου, αυτό επιτυγχάνεται με:

1. Αλλαγή θέσεως για ανακούφιση της ράχως του ασθενούς.
2. Χορήγηση ήπιων παυσίπων για ανακούφιση από τον πόνο.
3. Δημιουργία και διατήρηση ενός ήσυχου και αναπαιτικού περιβάλλοντος.

- Η πρόληψη των επιπλοκών περιλαμβάνει:

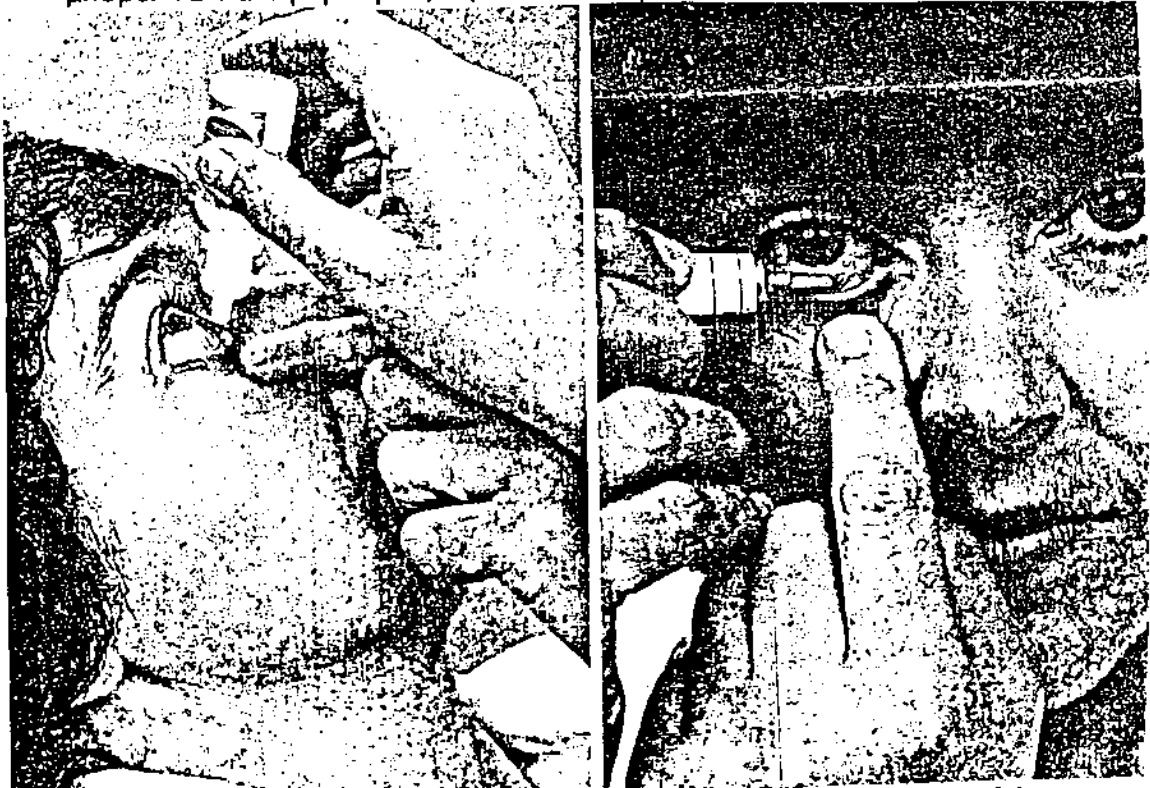
1. Ναυτίας και εμέτων. Αυτοί αντιμετωπίζονται ως εξής:
 - Βαστάζεται το κεφάλι του αρρώστου όταν κάνει εμέτους.
 - Χρησιμοποιούνται αντιεμετικά φάρμακα κατόπιν εντολής ιατρού.

2. Αιμοραγίας. Αυτή προλαμβάνεται:

- Όταν ο ασθενής παραπονεθεί για πόνο στο μάτι, πρέπει να ειδοποιηθεί ο ιατρός.
- Προσεκτική παρακολούθηση ζωτικών σημείων όταν ο άρρωστος εμφανίζει ανησυχίας.

Η αποκατάσταση του ασθενή έτσι ώστε γρήγορα να μπορέσει να αυτοεξυπηρετηθεί, γίνεται:

1. Αύξηση δραστηριοτήτων προοδευτικά.
2. Συνεργασία για αντιμετώπιση των αναγκών του όταν σηκωθεί ο άρρωστος.
3. Διδασκαλία του αρρώστου και συγγενών για την χρήση κολλυρίων.
4. Ενημερώνεται για την τακτική ιατρική παρακολούθηση που χρειάζεται.
5. Για τα μέτρα προστασίας που πρέπει να λάβει για αποφυγή κακώσεων και τέλος
6. Για τις κοινωνικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας, στις οποίες μπορεί να καταφύγει για βοήθεια και παρακολούθηση.



Οι σωστοί τρόποι να βάσετε κολλύριο, αριστερά, και αλοιφή, δεξιά.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
Σε ασθενή με ΚΑΤΑΡΑΚΤΗ

Προβλήματα ασθενούς

- Ναυτία - έμετος :** Υποβαστάζεται η κεφαλή του ασθενή όταν κάνει έμετο.
Γίνονται αντικειμενικές ενέσεις κατόπιν εντολής ιατρού.
- Πόνος :** Χορηγούνται παυσίπονα και ήπια αναλγητικά.
Εάν ο πόνος παραιτείται απαραίτητως ο γιατρός
- Ανησυχία :** Επιστάμενη παρακολούθηση και προσπάθεια μείωσης αυτής.
- Άλγος :** Η εμφάνιση ισχυρού άλγους ενδεχομένως να είναι πρώιμο σημείο επερχόμενης αιμορραγίας γι' αυτό ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός
- Μόλυνση :** Τηρούνται προληπτικά όλες οι αρχές ασηψίας και αντισηψίας κατά την ενστάλαξη κολλυρίων και γενικά σ' όλες τις νοσηλείες του οφθαλμού.
Σε περίπτωση μόλυνσης χορηγούνται κατόπιν εντολής γιατρού, αντιβιοτικά κολλύρια ευρέος φάσματος ή αντιμυκητιασικά ανάλογα με την αιτία της μόλυνσης.

Προβλήματα ασθενούς

**Αύξηση ενδοφθάλμιας
πιέσεως (μετεγχει-
ρητικά) και τραυμα-
τισμοί :**

Νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Προληπτικά γίνεται τοποθέτηση ασθενούς σε ύπτια θέση και επί της μη χειρουργημένης πλευράς.

Ανύψωση του ερεισινωτού 30-45°. Προς αποφυγή τραυματισμού διατηρείται κλειστός ο οφθαλμός και διδάσκεται να μην κάνει απότομες κινήσεις επί μετεωρισμού κοιλίας καταβάλλεται κάθε προσπάθεια καταβάλλεται κάθε προσπάθεια προς μείωση της ενδοκοιλιακής πιέσεως, διότι αυτό έχει δυσμενείς επιπτώσεις και επί της ενδοφθάλμιας πιέσεως.

Κατακλίσεις :

Επειδή τις περισσότερες φορές οι ασθενείς που χειρουργούνται για καταρράκτη είναι ηλικιωμένοι εάν παραμείνουν για πολλές μέρες στο νοσοκομείο θα πρέπει να επιδιώκεται από την αδελφή η πρόληψη των κατακλίσεων, γι' αυτό γίνονται συχνές και απαλές εντριβές της ράχης και των γλουτών.

**Εξοδος του ασθενή :
από το νοσοκομείο**

Διαφώτιση του ασθενή και μελών της οικογενείας του για την χρήση κολλυρίων καθώς επίσης και κατάλληλη κατεύθυνση του ασθενούς σε υπηρεσίες ιατρικής αντιλήψεως και υγιεινής, αν χρειάζεται κατ' οίκον νοσηλεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

Όνομα ασθενή : Α. Λ.

Ετών : 74

Οφθαλμολογικό Αναμνηστικό

Α. Ο. : Πτώση όρασης προ 2ετίας.

Δ. Ο. : Πτώση όρασης προ 6μήνου.

Αιτία εισαγωγής : Α. Ο. ώριμος καταρράκτης.

Η επέμβαση θα γίνει με τοπική αναισθησία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Τακτοποίηση του νεορρρσαχ-θέντα ασθενή στο θάλαμό του.	Να αισθανθεί άνετα στο καινούργιο του περιβάλλον.	Γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό και με τους ασθενείς που βρίσκονται στο θάλαμο και είναι χειρουργημένοι με την ίδια πάθηση.	Η γνωριμία έχει γίνει.	Ο ασθενής πράγματι εξοικειώθηκε με το καινούργιο περιβάλλον, συζητά με τους ασθενείς για την φύση και έκβαση της νόσου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή.</p>	<p>Καθαρισμός και ασηψία του επιπεφυκότα για να ελαχιστοποιήσουμε την πιθανότητα μετεγχειρητικής μόλυνσης ή άλλης επιπλοκής.</p> <p>Συνεργασία του ασθενή.</p>	<p>Απαραίτητα αντικείμενα για τον καθαρισμό του επιπεφυκότα: Νεφροειδές, αντιβιοτικό κολλύριο, τολύπιο βάμβας, ψαλιδάκι, και οφθαλμική αλοιφή ή βαζελίνη.</p> <p>Πιεσόμετρο.</p> <p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή ότι πρόκειται να κοπούν τα βλέφαρα. Καθησυχάζουμε τον ασθενή ότι σε 15 μέρες αρχίζουν να μεγαλώνουν.</p>	<p>Πάνω στο ψαλίδι βάζουμε αλοιφή και κόβουμε όσο πιο πολύ τις βλεφαρίδες. "Η χρήση της αλοιφής χρησιμεύει για να συγκρατεί στο ψαλίδι τις κομμένες βλεφαρίδες".</p> <p>Ενστάλλαξη σταγόνων στον οφθαλμό για την προστασία από τις βλεφαρίδες και τυχόν εκκρίσεις.</p> <p>Παίρνουμε την αρτηριακή πίεση.</p>	<p>Ο οφθαλμός είναι κατάλληλος για την επέμβαση.</p> <p>Η αρτηριακή πίεση είναι στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πρόληψη μετεγχειριτικής ναυτίας και εμμέτων</p>	<p>Πρόληψη ενδοφθάλμιας πιέσεως.</p> <p>Πρόληψη εκκενώσεως πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.</p> <p>Χαλάρωση και ηρεμία του ασθενή.</p>	<p>Να ενημερωθεί ο ασθενής ότι τα γεύματά του θα είναι ελαφρά ενώ το πρωί δεν θα πάρει καθόλου πρωινό.</p> <p>Να χορηγηθούν υπακτικά φάρμακα κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή. Εκφράζει το φόβο της αποτυχίας της επέμβασης και εν συνεχεία την τύφλωση.</p>	<p>Σίτιση του ασθενή και βοήθεια σωματικών αναγκών.</p> <p>Εδόθησαν 2 χαπάκια florissan.</p> <p>Επεξήγηση στον ασθενή για την επιτυχία της επέμβασης (90%).</p>	<p>Αριστα αποτελέσματα του εντερικού σωλήνα.</p> <p>Η ανησυχία του ασθενή μειώθηκε το βράδυ κοιμήθηκε ήσυχα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Χορήγηση μυδ- ριατικών κολ- λυρίων κατό- πιν εντολής ιατρού.</p>	<p>Διαστέλλεται η κό- ρη του οφθαλμού έτσι ώστε να μπο- ρέσει να εφαρμοσ- θεί η εξωπεριφακι- κή.</p> <p>Πετυχαίνεται η συ- νεργασία του ασθε- νή με μας.</p> <p>Να αποφύγουμε τραυματισμό του οφθαλμού σε απότο- μη κίνηση του ασ- θενή καθώς και για την αποφυγή μόλυν- σης του σταγονόμε- τρου.</p>	<p>Να ετοιμάσουμε το νε- φροειδές με τα μυδριατικά κολλύρια και τολύπια βάμβα- κος</p> <p>Να ενημερώσουμε τον ασθενή.</p>	<p>Η χορήγηση γίνεται ως εξής: Του λέμε να ξαπλώ- σει και να κοιτάξει ψηλά.</p> <p>Ενσταλλάζουμε το φάρμακο μέσα στο κέντρο του κάτω θόλου του επιπεφυ- κότα κρατώντας το σταγονόμετρο 2cm από το επιπεφυκότα.</p>	

T. E. I. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Συνεχίζεται η μυδρίαση.</p>	<p>Με το σφίξιμο απομακρύνεται το φάρμακο ενώ το κλείσιμο επιτρέπει το φάρμακο να εξαπλωθεί ομοιόμορφα.</p> <p>Φυσιολογικά το μάτι μπορεί να κρατήσει ένα κλάσμα της ενοσταλλαχθείσας σταγόνας.</p>	<p>Να γίνει συστηματική χορήγηση μυδριατικών φαρμάκων.</p> <p>Ο χρόνος που εκτελείται η μυδρίαση είναι 20' περίπου.</p> <p>Αυτό βέβαια εξαρτάται και απ' την διαστολή της κόρης του οφθαλμού και ρίχνουμε ανά 5'.</p>	<p>Συμβουλευόμε τον άρρωστο να κλείσει το μάτι του σιγά σιγά, αλλά να μην το σφίξει.</p> <p>Σκουπίζουμε με το τολύπιο βάμβακος που παρασύρθηκε έξω.</p>	<p>Η μυδρίαση της κόρης του οφθαλμού έγινε.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ενδυμασία του ασθενή για το χειρουργείο.	Η χειρουργική ρομπα έχει σαν σκοπό την πλήρη καθαριότητα καθώς και την άνεση του γιατρού να επέμβει σε κάποια χειρουργική επιπλοκή.	Να ετοιμάσουμε την ειδική χειρουργική ρομπα και να τον ενημερώνουμε ότι ήρθε η σειρά του.	Βγάζουμε όλα τα ρούχα του ασθενή και του λέμε να αφαιρέσει όλα τα ξένα σώματα. Αφού γίνουν όλα αυτά βάζουμε στον ασθενή την χειρουργική ρομπα	
Χορήγηση ηρεμιστικής ένεσης (Atarvinton 1/2 amp.) κατόπιν εντολής ιατρού.	Το ηρεμιστικό χορηγείται ώστε να εξαλείψει το άγχος του ασθενή.	Η χορήγηση της ένεσης γίνεται Αφού αναρροφήσουμε την 1/2 amp. Παίρνουμε μέσα σ' ένα νεφροειδές τολύπια βάμβακος με οινόπνευμα και ένεση και πάμε στον ασθενή. Εκεί τον ενημερώνουμε ότι πρόκειται να του κάνουμε μια ένεση.	Αφού βρίσκουμε το σωστό σημείο που θα γίνει η ένεση απολυμαίνουμε την περιοχή, κάνουμε την αναρρόφηση, βλέπουμε ότι δεν βρισκόμαστε σε αγγείο και εκγχύουμε το ηρεμιστικό.	Παρατηρώ ότι ο ασθενής είναι πλήρης, ήρεμος και έτοιμος να οδηγηθεί στο χειρουργείο. Η μεταφορά του ασθενή έγινε με το φορείο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Επιστροφή του ασθενή απ' το χειρουργείο στο θάλαμο με το φορείο.	<p>Προσανατολισμός του αρρώστου και πάλι στο περιβάλλον του και τοποθέτηση στο κρεβάτι του.</p> <p>Μέτρα για την αποφυγή αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης.</p>	<p>Να</p> <p>Διδάξουμε τον άρρωστο να μην βήχει ή φταρνίζεται ή κινείται πολύ γρήγορα ή απότομα</p> <p>Να</p> <p>εξηγήσουμε ότι πρέπει να αναφέρει τυχόν δυσκοιλιότητα, ναυτία, εμετούς ή επίσχεση ούρων.</p>	<p>Τοποθέτηση του αρρώστου στην ύπτια θέση ή και απ' την πλευρά του μη χειρουργημένου ματιού. Ο οφθαλμός παραμένει κλειστός με μία γάζα για την αποφυγή τραυματισμού.</p>	<p>Ελέγχουμε να μην γυρίσει απ' την χειρουργημένη πλευρά.</p>
Πόνος ανησυχία.	<p>Βελτίωση ανέσεως αρρώστου.</p>		<p>Αλλαγή θέσεως για ανακούφιση της ράχης. Χορήγηση ήπιων αναλγητικών που ανακουφίζουν τον πόνο. Δημιουργία και διατήρηση ενός ήσυχου και αναπαικτικού περιβάλλοντος.</p>	<p>Επιβεβαιώνεται ότι όλες οι ανάγκες του ασθενή θα ικανοποιούνται.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ο πόνος συνεχίζεται και τη δεύτερη μετέγχειρητική μέρα.	Να κρατήσουμε κάτω από τον έλεγχο το σύμπτωμα που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά επιπλοκή.	Να ενημερώσουμε και να βοηθήσουμε τον γιατρό κατά την αλλαγή. (Κατά την διάρκεια της αλλαγής διαπιστώθηκε χύμωση επιπεφυκότα και θόλωση προσθίου θαλάμου. Πρόκειται για μετεγχειρητική επιπλοκή)	Βοηθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασής. Έγινε λήψη εκκρινμάτων του επιπεφυκότα για καλλιέργεια και αντιβιογράμμα για να βρεθεί το κατάλληλο αντιβιοτικό αλλά μέχρι τότε δόθηκε αντιβιοτικό ευρέως φάσματος κατά την εντολή του γιατρού. Επίσης από τον γιατρό έγινε τοπική ένεση στο επιπεφυκότα πυκνού διαλύματος θενικιλίνης.	Από την επокιόλας μέρα άρχισε σιγά σιγά να καλυτερεύει η κατάσταση του ασθενή. Έγινε η αλλαγή γάζας και τηρήθηκαν αυστηρά όλες οι αρχές ασηψίας και αντισηψίας για την πρόληψη άλλων επιπλοκών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εγκαιρη απο- κατάσταση του ασθενή	Εγκαιρη αυτοεξυπη- ρέτηση ώστε να νοιώσει ανεξάρτη- τος.	Να ληφθούν προστα- τευτικά μέτρα για αποφυγή κακώσεως εξαιτίας της μειω- μένης οράσεως.	Βοηθούμε τον ασθενή όταν σηκώνεται απ' το κρεβάτι να μην χτυπήσει στα αντι- κείμενα. Αποφυγή καπνίσμα- τος.	Ελέγχουμε την εξέλιξη της επιπλοκής. Η μόλυνση όλο και μειώνεται με την πάροδο του καιρού.
Εξοδος του ασθενή από το νοσοκο- μείο.	Να συνεχίσει σε λίγο καιρό τα πραγούμενα καθή- κοντά του.	Να ενημερώσουμε τον ασθενή και τους συγγενείς του για τη χρήση των κολλυ- ρίων. Του εξηγούμε ότι για λίγο διάσ- τημα δεν πρέπει να κάνει βαριές δου- λειές. Να τηρεί τις εντο- λές του ιατρού.		Ελεγχος αν κατάλαβε τα όσα του είπα- με. Όταν ο ασθενής ήταν πιά έτοιμος να εξέλθει απ' το νο- σοκομείο η προισταμένη και οι αδελ- φές του τμή- ματος του ευχήθηκαν γρήγορη ανάρ- ρωση.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

Όνομα ασθενή : Κ.Μ.

Ετών : 44

Οφθαλμολογικό Αναμνηστικό

Αιτία εισαγωγής :Μεγάλη θόλωση της όρασης Δ.Ο. τα 2 τελευταία χρόνια.

Η επέμβαση θα γίνει με γενική νάρκωση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Τακτοποίηση του νεοεισαχθέντος αρρώστου στο θάλαμό του.	Να αισθανθεί άνετα στο νέο του περιβάλλον.	Ασθενείς που βρίσκονται στο θάλαμο και είναι χειρουργημένοι με την ίδια πάθηση.	Η γνωριμία έχει γίνει	Ο ασθενής πράγματι εξοικειώθηκε με το καινούργιο περιβάλλον, συζητά με τους ασθενείς για τη φύση και την έκβαση της νόσου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Προεγχειρητική ετοιμασία.	Καθαρισμός και Ασηψία του επιπεφυκότα για την ελαχιστοποίηση μετεγχειρητικής μόλυνσης ή άλλης επιπλοκής. Συνεργασία του ασθενή.	Αντικείμενα για τον καθαρισμό του επιπεφυκότος. Νεφροειδές αντιβιολογικό κολλύριο, τολύπια βάμβακος, ψαλιδάκι και οφθαλμική αλοιφή ή βαζελίνη. Πιεσόμετρο. Να γίνει ενημέρωση του ασθενή ότι θα του κοπούν τα βλέφαρα. Καθησυχάζουμε τον ασθενή ότι σε 15 μέρες αρχίζουν να μεγαλώνουν.	Πάνω στο ψαλίδι τοποθετούμε αλοιφή και κόβουμε όσο πιο πολύ μπορούμε τις βλεφαρίδες. Εκχύουμε σταγόνες στον οφθαλμό ώστε να καθαριστεί απ' τις βλεφαρίδες και τυχόν εκκρίσεις. Παίρνουμε την αρτηριακή πίεση.	Ο οφθαλμός είναι κατάλληλος για την επέμβαση. Η αρτηριακή πίεση είναι λίγο υψηλότερη απ' τα φυσιολογικά επίπεδα και αναφέρεται στο γιατρό. Συστήνει ηρεμιστική ένεση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πρόληψη με- τεχειρητικής ναυτίας και εμμέτων.</p>	<p>Πρόληψη ενδοφθαλ- μιας πιέσεως.</p> <p>Πρόληψη εκκενώσεως πάνω στο χειρουργ- γικό τραπέζι.</p> <p>Ψυχολογική προε- τοιμασία ώστε να δεχτεί την ηρεμι- στική ένεση.</p>	<p>Ενημέρωση του ασ- θενή για το βραδινό γεύμα ότι θα είναι ελαφρύ ενώ θα πάρει δεν θα πάρει καθό- λου πρωινό.</p> <p>Λήψη υπακτικού φαρ- μάκου.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή.</p> <p>Απαραίτητα αντικεί- μενα: Νεφροειδές, σύριγγα με το φάρ- μακο, τολύπιο βάμ- βακος με οινόπνευ- μα.</p>	<p>Εδόθησαν 2 χαπάκια florissan.</p> <p>Απολύμανση του γλουτού, εισχώρηση σ' αυτόν, αναρρόφη- ση. Βεβαιώνουμαι ότι δεν βρίσκομαι σε αγγείο και εισ- χώρηση του φαρμάκου σιγά-σιγά.</p>	<p>Η κένωση του εντέρου έχει γίνει</p> <p>Λήψη Α.Π. εί- ναι φυσιολο- κή. Ο ασθενής κοιμήθη- κε ήσυχα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πρόληψη με- τεχειρητικών επιπλοκών.	Να αποβάλλει την νάρκωση γρήγορα.	Προετοιμασία και εκπαίδευση σε με- τεχειρητικές ασκή- σεις.	Διδάσκεται μετά την εγχείρηση Να κουνά τα πόδια και να αναπνέει βαθιά αλλά το κεφάλι να το κρατά σε ακινη- σία. Να κλείνει τα μάτια προσεκτικά και να μην σφίγγονται πολύ τα βλέφαρα. Δεν πρέπει να τρί- βει με τα χέρια του τα μάτια του.	Έλεγχος αν ο ασθενής κατά- λαβε τα όσα του εξηγήσα- με.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Χορήγηση μυ- δριατικών -κολλυρίων-κα- τόπιν εντολής tropicol + pnenyl 5%.</p>	<p>Πετυχαίνεται η διαστολή της κόρης του-οφθαλμού έτσι ώστε να εφαρμοσθεί η εγχείρηση.</p> <p>Αποφυγή τραυματι- σμού του οφθαλμού σε απότομη κίνηση του ασθενή καθώς και για την αποφυ- γή μόλυνσης του σταγονόμετρου.</p>	<p>Ετοιμάζουμε το νεφ- ροειδές με τα μυδ- ριατικά -κολλύρια και με τολύπια βάμ- βακος.</p> <p>Ενημερώνουμε τον ασθενή.</p>	<p>Η χορήγηση γίνεται ως εξής:</p> <p>Του συστήνουμε -να ξαπλώσει να κοιτά- ξει ψηλά.</p> <p>Ενσταλλάζουμε το φάρμακο μέσα στο κέντρο του κάτω θόλου του επιπεφυ- κότα κρατώντας το σταγονόμετρο 2 cm από τον επιπεφυκό- τα.</p> <p>Το χέρι που κάνει την ενστάλλαξη α- κουμπά στο μέτωπο του αρρώστου.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Συνεχίζεται η ενστάλλαξη μυδριατικών κολλυρίων.</p>	<p>Με το σφίξιμο των ματιών απομακρύνεται το φάρμακο ενώ το κλείσιμο επιτρέπει το φάρμακο εξαπλωθεί ομοιόμορφα.</p> <p>Φυσιολογικά το μάτι μπορεί να κρατήσει ένα κλάσμα της ενσταλλαχθείσας σταγόνας.</p>		<p>Συμβουλευόμε τον άρρωστο να κλείσει το μάτι του σιγά-σιγά αλλά να μην το να σφίξει.</p> <p>Σκουπίζουμε με το τολύπιο βάμβακος το φάρμακο που παρασύρθηκε έξω.</p>	<p>Η μυδρίαση του ασθενή πραγματοποιήθηκε. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο με φορείο.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ενδυμασία του ασθενή για την μεταφορά στο χειρουργείο.</p>	<p>Η χειρουργική ενδυμασία εξυπηρετεί. Σε περίπτωση εγχειρητικής επιλοκής να μπορέσει ο γιατρός να επέμβει γρήγορα. Επίσης πετυχαίνουμε περισσότερη καθαριότητα.</p>	<p>Ετοιμάζουμε την ειδική χειρουργική ρόμπα του ασθενή.</p> <p>Πριν απ' όλη αυτή την ετοιμασία του λέμε να πάει στην τουαλέτα να ουρήσει.</p>	<p>Βγάζουμε όλα τα ρούχα του ασθενή καθώς και όλα τα ξένα σώματα. Παράλληλα του υπενθυμίζουμε τι πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση.</p>	<p>Ο ασθενής είναι έτοιμος και μεταφέρθηκε στο χειρουργείο.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Επιστροφή του ασθενή απ' το χειρουργείο στο θάλαμο με το φορείο.	<p>Προσανατολισμός του αρρώστου και πάλι στο περιβάλλον του και τοποθέτηση στο κρεβάτι του.</p> <p>Μέτρα για την αποφυγή αυξήσεως της ενδοφθάλμιας πίεσεως που αυξάνει την τάση στα ράμματα του τραύματος.</p>	<p>Του ξαναυπενθυμίζουμε τι πρέπει να κάνει.</p> <p>Ηδη έχουμε τοποθετήσει νεφροειδές και χαρτοβάμβακα σε περίπτωση εμμέτων.</p> <p>Του εξηγούμε να μας αναφέρει τυχόν δυσκοιλιότητα, βήχα, εμμέτους ή επίσχεση ούρων.</p>	<p>Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ύπτια θέση ή απ' τη χειρουργημένη πλευρά.</p> <p>Το μάτι παραμένει κλειστό για την αποφυγή τραυματισμού.</p> <p>Παίρνουμε την Α.Π.</p>	<p>Ελέγχουμε ώστε να μην γυρίσει απ' τη χειρουργημένη πλευρά.</p> <p>Επιβεβαιώνεται ότι όλες οι ανάγκες του ικανοποιούνται</p> <p>Είναι στα φυσιολογικά όρια</p>
Πόνος Ανησυχία	Βελτίωση ανέσεως του αρρώστου.	<p>Να χορηγηθούν αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>Εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος.</p>	<p>Αλλαγή θέσεως για ανακούφιση της ράχης.</p> <p>Χορήγηση ήπιων αναλγητικών για ανακούφιση απ' τον πόνο.</p> <p>Δημιουργία και διατήρηση ενός ήσυχου και αναπαυτικού περιβάλλοντος.</p>	Ο ασθενής ήδη νοιώθει καλύτερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παραπονέθηκε για πόνο.</p>	<p>Να προσπαθήσουμε να ηρεμήσουμε τον ασθενή ώπου να ειδοποιηθεί ο γιατρός.</p> <p>Η τοποθέτηση στο κρεβάτι είναι τέτοια ώστε να μην συγκεντρώνεται το αίμα στον οπίσθιο θάλαμο.</p> <p>Περιορισμός της αιμοραγίας και έγκαιρη θεραπεία του ασθενή.</p>	<p>Ενημέρωση του ιατρού.</p> <p>Κατά τη διάρκεια της αλλαγής διαπιστώθηκε ύψαιμα 1 χιλιοστού.</p> <p>Ο γιατρός ενημερώνει τη κάρτα φαρμάκων:</p> <p>Atropine 3 φορές την ημέρα.</p> <p>1/2 χαπάκι Dianox 3 φορές την ημέρα.</p> <p>naxidex 1 x 12</p> <p>tnilocot 1 x 6</p> <p>tropicol 1 x 3</p>	<p>Βοηθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξετάσεως.</p> <p>Τοποθετούμε τον ασθενή στο κρεβάτι σε ημικαθιστική θέση και απ' την επίδεση του οφθαλμού.</p>	<p>Ο ασθενής συνεργάζεται με το ιατρικό προσωπικό και είναι ήρεμος.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εγκαιρη απο- κατάσταση του ασθενή.	Γρήγορη αυτοεξυπη- ρέτηση ώστε να νοιώθει ανεξάρτη- τος.	Να ληφθούν προστα- τευτικά μέτρα για αποφυγή κακώσεως εξαιτίας της μειω- μένης οράσεως.	Βοήθεια όταν ο άρρωστος σηκώνεται για να μην χτυπήσει σε αντικείμενα. Αποφυγή καπνίσματος για τον φόβο της πυρκαϊάς.	Ελέγχεται η εξέλιξη της επιπλοκής που με την πάροδο του καιρού το ύφαιμα μειώ- νεται.
Εξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο.	Να συνεχίσει σε λίγο καιρό τα προηγούμενα καθη- κοντά του.	Διδασκαλία του ασ- θενή και των συγγε- νών του για τη χρή- ση κολυρρίων. Ενημερώνεται ο ασ- θενής να μην κάνει βαριές δουλειές για λίγο διάστημα. Να μην ξεχνά τα ραντεβού με τον γιατρό.		Ελεγχος αν κατάλαβε τα όσα του εξη- γήσαμε. Όταν ο ασθε- νής ήταν τε- λειώς έτοιμος για να φύγει η προισταμένη και οι αδελ- φές του τμή- ματος του ευχήθηκαν γρήγορη ανάρ- ρωση.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μου εργασίας με θέμα "καταρράκτης" αντιλήφθηκα την πολυπλοκότητα και τη σπουδαιότητα του οφθαλμού, από τη στιγμή που παρουσιάζεται το πρόβλημα, μέχρι την τελική αποκατάστασή του, τη σπουδαιότητα της άψογης τεχνικής της επέμβασης από μέρους του ειδικού χειρουργού και ο ρόλος της ειδικευμένης νοσηλεύτριας όσον αφορά τη θεραπεία και ψυχολογική αποκατάσταση του οφθαλμολογικού αρρώστου, από τη στιγμή που αυτός εισάγεται στο νοσοκομείο ως τη στιγμή που θα κριθεί αναγκαίο να αποχωρήσει και να ανταποκριθεί στις δραστηριότητες και ανάγκες του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστάκης Α. "Περί των οφθαλμικών παθών", Τόμος Ι, Εκδόσεις Ερμής, Αθήνα 1871.

Glaspool Michael "Τα μάτια", Μετάφραση Ελλη Εμκε, Εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1984

Hollwich Fritj "Εισαγωγή στην οφθαλμολογία", Έκδοση ΙΙ, Μετάφραση Γεράσιμος Παλημέρης, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1984.

Κολλιόπουλος Ιωάννης "Οφθαλμολογία στοιχειώδεις γνώσεις", Έκδοση ΙΙ, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός, Αθήνα 1989.

Leydnecker Wolcame "Οφθαλμολογία", Μετάφραση Μανώλης Μπεχράκης, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου "Παθολογική νοσηλευτική", Τόμος Β, Έκδοση ενάτη, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.

Πάλμος Π. - Ωραιόπουλος Δ "Στοιχεία Οφθαλμολογίας", Έκδοσις Γρηγορίου Παρισιανού, Αθήνα 1970.

Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο 23 "Καταρράκτης", Έκδοση Αρχαία Οφθαλμολογικής Εταιρείας Β. Ελλάδος, Θεσσαλονίκη 1990.

