

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

"Καταρράκτης του οφθαλμού"

Νοσηλευτική διεργασία

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδάστρια: ΖΑΛΟΚΩΣΤΑ - ΔΙΠΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Υπεύθυνος Καθηγητής: Δίδα Νάνου Κυριακή

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 9/9/91



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

4395

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο οφθαλμός είναι ένα σπουδαίο όργανο, γι' αυτό η διατήρηση και η προστασία της φυσικής λειτουργίας του είναι απαραίτητη.

Από τη γέννηση του ανθρώπου μέχρι τα γηρατειά η ακεραιότητα της λειτουργικότητας του οφθαλμού, συνεχώς, διακινδυνεύει γι' αυτό και επιβάλλεται ανάλογη φροντίδα ασφάλειάς του.

Ο φυσιολογικά αναπτυσσόμενος άνθρωπος ανακαλύπτει προοδευτικά τον "κόσμο του" παίρνοντας πληροφορίες για το περιβάλλον του και τον εαυτό του κυρίως με την όραση. Έτσι αν ξαφνικά η όρασή του μειωθεί ή χαθεί, τότε συνειδητοποιεί πόσο εξαρτημένος ήταν και πόσο δύσκολη γίνεται η καθημερινή ζωή χωρίς αυτήν. Εμφανίζεται έτσι το ψυχολογικό STRESS που στερεότυπα συνοδεύει οποιοδήποτε πρόβλημα των οφθαλμών και της όρασης.

Μία από τις πιο συχνές παθήσεις του οφθαλμού που μειώνει την οπτική οξύτητα είναι ο καταρράκτης, μία νόσος πολύ συχνή, προσβάλλει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ανθρώπων, των οποίων αλλάζει κυριολεκτικά την συμπεριφορά, την προσωπική ζωή, την κοινωνική προσαρμογή, δημιουργεί άμεσα και έμμεσα οικονομικά προβλήματα.

Ο άρρωστος αρχίζει να φοβάται για το άμεσο και απώτερο μέλλον και ακόμα πιο σημαντικό, μειώνει προοδευτικά την κινητικότητά του. Σήμερα ξέρουμε από την γηριατρική πόσο μεγάλη σημασία έχει η φυσική άσκηση σ' ένα ώριμο άνθρωπο.

Είναι ακριβώς η έλλειψη φυσικής άσκησης που προδιαθέτει έμμεσα σε σειρά άλλων νοσημάτων κυρίως του αγγειακού και αναπνευστικού συστήματος που με τη σειρά τους επιτείνουν το "γήρας".

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Ο καταρράκτης είναι η πιο συχνή και η πιο σοβαρή βλάβη του φακού. Σήμερα είναι παραδεκτό, πως ο μόνος τρόπος για να επαναφέρουμε την όραση, που χάθηκε, από τον καταρράκτη, είναι η χειρουργική θεραπεία.

Ιστορικά, η πρώτη εγχείρηση του καταρράκτη είναι η καταβύθιση. Σύμφωνα με τον DUKE ELDER¹ και άλλους ιστορικούς ο SUSRUATA, στις αρχαίες Ινδίες που έζησε μεταξύ 1500 - 1000 π.Χ. καταβύθιζε τον καταρράκτη, και τον θεωρούν πατέρα της χειρουργικής των ματιών. Η καταβύθιση γινόταν χωρίς αναισθησία και ο χειρουργός βρισκόταν μπροστά από τον άρρωστο, χρησιμοποιούσε βελόνα που την εισήγαγε στο μάτι, και σπρώχνοντας με αυτή τον καταρράκτη, τον εκτόπιζε και τον καταβύθιζε στο υαλοειδές.

Είναι άγνωστο αν οι Ινδοί μάθανε την καταβύθιση από τους Έλληνες που ήλθαν εκεί με το Μέγα Αλέξανδρο ή συνέβη το αντίθετο. Ότι κι αν συνέβη, είναι γεγονός, ότι οι Ρωμαίοι τη διδάχθηκαν από τους Έλληνες, όπως φαίνεται από τις περιγραφές του CEACUS.

Η εγχείρηση της καταβύθισης κράτησε ως το πρώτο ήμισυ του 19ου αιώνα παράτι όπως θα δούμε παρακάτω - ήδη στο 18ο αιώνα είχε διαδοθεί η εξαίρεση του καταρράκτη

1. Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη
Σ. Κολιόπουλος, Ε. Χειμωνίδου, Δ. Δρούτσας, Στ. Μπαλτατζής,

Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο

Δ.Ε.Ο.Ε 49 Παράρτημα 1 1981 σελ. 28

με τομή του βολβού στην σκληροκεράτια ζώνη.

Και αυτό, γιατί προτιμούσαν να αντιμετωπίζουν τις επιπλοκές της καταβύθισης, παρά τις μολύνσεις που συχνά συνόδευαν την εξαίρεση του καταρράκτη με τομή.

Η παρουσία του AMBROISE PARE² (1509-1590) έδωσε νέα κατεύθυνση όχι μόνο στη γενική χειρουργική αλλά και στη χειρουργική των ματιών. Εισήγαγε τον βλεφαροδιαστολέα και βελτίωσε τις βελόνες καταβύθισης.

Παράλληλα με τις βελτιώσεις του PARE στην καταβύθιση και η κινέζικη οφθαλμολογία έκανε προόδους στον 17ο αιώνα στην εγχείρηση αυτή με χρυσές και αργυρές βελόνες.

Το 18ο αιώνα άρχισε και η αλλαγή στην τεχνική της εγχείρησης του καταρράκτη με τις εργασίες του DAVIEL³, ο οποίος εισήγαγε της τομή στην σκληροκεράτια περιοχή. Αυτός έκανε την τομή στο κάτω μέρος του κερατοειδή με το δικό του τριγωνικό μαχαιρίδιο και την επεξέτεινε με κνρτά φαλίδια.

Η εγχείρηση πονούσε πάρα πολύ, και είχε πολλές επιπλοκές. Παρόμοιες προσπάθειες είχαν γίνει και από την εποχή του DAVIEL καθώς και προσπάθειες απορρόφησης των μαζών

2 και 3 Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη
Σ. Κολιόπουλος, Ε. Χειμωνίδου, Δ. Δρούτσος, Στ. Μπαλτατζής, Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο

Δ.Ε.Ο.Ε. 49 Παράρτημα 1 1981 σελ. 28 και 29

του καταρράκτη χωρίς όμως να επικρατήσουν.

Την εποχή, εκείνη ο άρρωστος χειρουργόταν καθιστός στην καρέκλα και μόνο το 1759 ο PIERRE PAMARD⁴ του έβαλε σε κατάκλιση.

Οι επιπλοκές της εξαίρεσης του καταρράκτη με τομή και κυρίως οι μετεγχειρητικές μολύνσεις έκαναν την εποχή εκείνη πολλούς χειρουργούς να διστάζουν να εφαρμόσουν την τομή, και μόνο το δεύτερο ήμισυ του 19ου αιώνα με την εφαρμογή της ασηφίας, η καταβύθιση έσβησε από τα βιβλία της χειρουργικής.

Από τις αρχές του 19ου αιώνα πριν και μετά τον ALBREGHT VON GRAEFE μία ολόκληρη σειρά οφθαλμιάτρων έκαναν την τομή στο άνω μέρος της σκληροκερατίνης ζώνης με συνδυασμό τριδεκτομίας.

Στα μέσα του 19ου αιώνα κατόρθωσαν οι χειρουργοί να αντιμετωπίσουν τον πόνο, με την εφαρμογή της γενικής αναισθησίας. Η εφαρμογή της είχε δυσάρεστα αποτελέσματα, γιατί οι μετεγχειρητικοί έμμετοι ήταν καταστρεπτικοί.

Το 1984 με την εφαρμογή από τον KOLLEY⁵ της τοπικής

4,5 Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη

Σ. Κουλιόπουλος, Ε. Χειμωνίδου, Δ. Δρούτσας, Στ. Μπαλτατζής

Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο

Δ.Ε.Ο.Ε 49 Παράρτημα Ι 1981 σελ. 29

αναισθησίας με κοκκαΐνη, την οποία ακολούθησαν μετά και άλλα τοπικά ενέσιμα αναισθητικά όπως νοβοκαΐνη, ξυλοκαΐνη. Έτσι πέτυχαν και νικήθηκε ο πόνος.

Το άλλο μεγάλο πρόβλημα, η μόλυνση, αντιμετωπίστηκε το 1884 από τον LORD JOSEPH LISTER⁶ που ενημερωμένος από τις εργασίες του PASTEUR συνέλαβε την ιδέα της αντισηψίας.

Η εφαρμογή της αντισηψίας στη χειρουργική του ματιού θεωρήθηκε, τότε, πως ήταν η μεγαλύτερη πρόοδος στην οφθαλμολογία μετά την εφεύρεση του οφθαλμοσκοπίου.

Την ηρωϊκή περίοδο της αντισηψίας, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν διάφορα φάρμακα, και που κράτησε 10 χρόνια, την αντικατέστησε το 1888 η ασηψία από τον PASTEUR.

Στη συμβολή του PASTEUR πρέπει να προστεθεί και εκείνη του βακτηριολόγου ROBERT KOCH.

Στην χειρουργική του καταρράκτη ιστορικά αναφέρεται εκτός από την καταβύθιση και την εξαίρεση με τομή και η σχάση. Η τεχνική της ήταν γνωστή στους

6. Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη

Σ. Κολιόπουλος, Γ. Χιμωνίδου, Δ. Δρούτσας, Στ. Μικηλαϊδής

Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο

Δ.Ε.Ο.Ε 49 Παράρτημα Ι 1981 σελ. 29

Άραβες και από το 1953 και κατόπιν πολλοί χειρουργοί εφαρμόζαν με παρόμοια μέθοδο και την απορρόφηση των μαζών του καταρράκτη. Η σχάση τότε γινόταν με βελόνες που εισάγονταν μέσω του σκληρού χιτώνα και έφθαναν πίσω από τον καταρράκτη. Η επέμβαση αυτή, ως πρώτος χρόνος της εξωπεριφακικής εξαίρεσης του καταρράκτη, ακολουθεί ακόμη και σήμερα να εφαρμόζεται με διάφορες τροποποιήσεις της τεχνικής, ιδιαίτερα στην εγχείρηση του συγγενή καταρράκτη.

Κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα εξακολούθησε να εφαρμόζεται η εξωπεριφακική εξαίρεση του καταρράκτη με γραμμική τομή με το μαχαιρίδιο GRAEFE στην σκληροκεράτια ζώνη.

Τα τελευταία χρόνια, η εξωπεριφακική ξαναήλθε στο προσκήνιο με τις προσπάθειες εμφύτευσης μικρών φακών από συνθετικές ουσίες, αμέσως μετά από την εγχείρηση στο άφακο μάτι.

Η εξωπεριφακική, ωστόσο, θ' αντικατασταθεί από την ενδοπεριφακική εξαίρεση του καταρράκτη. Μία τεχνική για την ενδοπεριφακική εξαίρεση του καταρράκτη ήταν μικρή βεντούζα που κολλούσε στο περιφάκιο με τη δημιουργία κενού.

Αργότερα ο BARRAGAUR⁷ επινόησε μικρή βεντούζα, το

7. Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη.

ερυσιφάκιο, που κολλούσε στο πρόσθιο, περιφάκιο από το κτυό που δημιούργησε μια ηλεκτρική αντλία.

Έγιναν διάφορες τροποποιήσεις του επισυφάκιου, όπως εκείνη του BELL, το 1948 με μικρή ελαστική φούσκα, συνδεδεμένη με μικρό σωληνίσκο μεταλλικό με το ερυσιφάκιο, που με απλή πίεση των δακτύλων δημιουργούσε κενό.

Το 1961 έγινε μία επανάσταση στην ενδοπεριφακική εξαίρεση του καταρράκτη, η οποία είναι πιο ασφαλής.

Στην ενδοπεριφακική συνέβαλε και κρύξη της Ζύννειου ζώνης που προηγείται από την εξαίρεση του καταρράκτη. Αρχικά εφαρμόστηκε, το 1957, αντικαταστάθηκε, όμως, από την ενζυμική ζώνόλυση.

Η πιο ενδιαφέρουσα μέθοδος τα τελευταία χρόνια στη χειρουργική του καταρράκτη ήταν η φακοθρυψία και απορρόφηση του KELMUN⁸ το 1967.

Δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τις ανεκτίμητες υπηρεσίες της οπισθοβολβικής αναισθησίας.

Το 1914 ο VAN LIND⁹ εφάρμοσε την ακινησία των βλεφάρων με υποδόρια ένεση αναισθητικού στην υπερκόγχια περιοχή του σφιγκτήρα των βλεφάρων και την οποία το 1927 ο BRIEN¹⁰ την τροποποίησε με την στελεχειαία αναισθησία του προσωπικού νεύρου.

8,9,10 Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη
Σ. Κολιόπουλος, Ε. Χειμωνίδου, Δ. Δρούτσας, Στ. Μπαλτατζής

Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο

Δ.Ε.Ο.Ε 49 Παράρτημα Ι 1981 σελ. 30

Για την ενίσχυση της τοπικής αναισθησίας ο KIRBY,¹¹ το 1948 χρησιμοποίησε το κουράριο που σήμερα έχει αντικατασταθεί με άλλα φάρμακα, λιγότερο τοξικά, σε διάφορους συνδυασμούς.

Για την υποτονία, για να αποφύγουμε επιπλοκές ο BARRAGUER¹² συνέστησε την πίεση του βολβού μετά την οπισθοβόλβια αναισθησία, και την αφυδάτωση του νελώδους με ενδοφλέβεια χορήγηση ωσμωτικών καθώς και χορήγηση DIAMOX για την ανστολή παραγωγής υδατοειδούς υγρού.

Στην Ιστορία της εγχείρησης του καταρράκτη, θα πρέπει να αναφέρουμε και την βετρεκτομή που εφαρμόστηκε το 1968 από τον KRASNOW¹³.

Η ιριδεκτομία στην εγχείρηση του καταρράκτη ήταν πάντα μια ταυτόχρονη επέμβαση και ήταν ολική.

Το 1964 ο MOOREN¹⁴ πρότεινε την περιφακική που εξακολουθεί ως σήμερα να εφαρμόζεται με τη χρήση λεπτών ιριδοβαλβίδων και ιριδοφαλίδων.

Η διαθλαστική διόρθωση στα άφακα μάτια με τη χρήση αμφίκυρτων φακών έγινε το 1622 από τον LICENTIADE DACA DE NADES¹⁵ με την εξέλιξή τους μέχρι σήμερα και με την εφαρμογή των γυαλιών επαφής.

11, 12, 13, 14, 15. Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη
Σ. Κολιδόπουλος, Ε; Χειμωνίδου, Δ. Δρούτσας, Στ. Μπαλτατζής

Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οφθαλμολογίας

Δ.Ε.Ο.Ε 49 Παράρτημα Ι 1981 σελ. 31-32

Η ένθεση μικρών φακών από συνθετικές ουσίες μετά την εξαίρεση του καταρράκτη στα άφακα μάτια άρχισε από το 18ο αιώνα από τον CASAAMOTA¹⁶.

Το 1938 ο HAROLD KIDLEY¹⁷ άρχισε τις προσπάθειες χρησιμοποιώντας μικρό ακρυλικό φακό. Η τεχνική αυτή από το 1952 έχει πάρει μεγάλη δημοσιότητα. Έτσι βλέπουμε σήμερα πολλούς χειρουργούς, που είναι θερμού υποστηρικτές της μεθόδου με προσωπικές τους τεχνικές. Άλλοι βέβαια δεν συμμερίζονται τους ενθουσιασμούς τους.

Έτσι αν θελήσουμε να δώσουμε με λίγα λόγια την σημερινή εικόνα της χειρουργικής του καταρράκτη, μπορούμε να πούμε:

1. Από τεχνικής πλευράς, υπάρχει μια πληρότητα.
2. Ο πόνος και η μόλυνση με τις προόδους της γενικής, της τοπικής αναισθησίας, της προληπτικής για μολύνσεις αγωγής, της ασηψίας των αντιβιοτικών έχουν πρακτικώς πλήρως παραμερισθεί.
3. Η τεχνική της τομής και η αποκατάσταση της βρίσκονται σε σημείο που λύνει όλα σχεδόν τα σχετικά προβλήματα του χειρουργού.
4. Η ενδοπεριφακική εξαίρεση, με την ενζυμική ζυνόλυση και κρυοπηξία, βρήκε τη σωστή λύση της.

16, 17. Γενετική και επιδημιολογία του καταρράκτη

Σ. Κολιόπουλος, Ε. Χειμωνίδου, Δ. Δρούτσας, Στ. Μπαλτατζής

Μ. Αποστολόπουλος

Εισήγηση στο 14ο Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο

Δ.Ε.Ο.Ε Παράρτημα Ι 1981 σελ. 32

5. Η εφαρμογή των ωσρωτικών και του ΔΙΑΜΟΧ παραμέρισαν ορισμένα προβλήματα, ώστε να φύγει το άγχος του χειρουργού, όταν το μάτι έχει υπερτονία.

6. Ωστόσο υπάρχουν σοβαρά προβλήματα με την φακοθεραπεία και την τοποθέτηση μικρού φακού στη θέση που βρισκόταν ο εξαιρεθής καταρράκτης και που ασφαλώς η βιολογία και η τεχνολογία αργά ή γρήγορα θα δώσουν μια λύση.

A N A T O M I A

Ο οφθαλμός βρίσκεται σε ειδική κοιλότητα του προσωπικού κρανίου, η οποία λέγεται κόγχος

Ο οφθαλμός αποτελείται από:

1. τον βολβό και
2. τα εξαρτήματά του

1. Βολβός

Έχει σχήμα ακανόνιστο σφαιρικό. Αποτελείται από:

α. Τοίχωμα και

β. Περιεχόμενο

α. Τοίχωμα: Αποτελείται από τρεις χιτώνες. Οι χιτώνες αυτοί από έξω προς τα μέσα είναι οι εξής:

1. Ινώδης χιτώνας: Αυτός προστατεύει το εξωτερικό του βολβού και συντελεί στο να διατηρεί ο οφθαλμός το κανονικό του σχήμα. Διαιρείται σε δύο μέρη: τον σκληρό και τον κερατοειδή. Ο σκληρός αποτελεί τα $\frac{5}{6}$ του ινώδη. Είναι πράγματι σκληρός στη σύσταση, λευκός στους ενήλικες, υποκίανος στα παιδιά και υποκίτρινος στους ηλικιωμένους.

Ο σκληρός είναι αδιαφανής χιτώνας. Σε αυτόν προσφύονται οι μυς του οφθαλμού. Η περιοχή στην οποία ενώνεται ο σκληρός με τον κερατοειδή λέγεται σκληροκερατοειδές όριο. Ο κερατοειδής αποτελεί το πρόσθιο τμήμα του ινώδη και είναι το $\frac{1}{6}$ αυτού. Ο χιτώνας αυτός είναι διαφανής και επιτρέπει την διέλευση των φωτεινών ακτίνων μέσα στους οφθαλμούς.

2. Αγγειώδης χιτώνας: Είναι πλούσιος σε αιμοφόρα αγγεία για την θρέψη των άλλων χιτώνων του οφθαλμού και κυρίως του αμφιβληστροειδή.

Διαιρείται σε τρία μέρη: Τον χοριοειδή, ο οποίος αποτελεί το οπίσθιο και μεγαλύτερο τμήμα του αγγειώδη χιτώνα. Προς τα πίσω φέρει τμήμα για τη δίοδο του οπτικού νεύρου, μπροστά εκτείνεται περίπου μέχρι το μέσο βολβό και μεταπίπτει στη συνέχεια στο ακτινωτό σώμα.

Η επιφάνεια του ακτινωτού σώματος εμφανίζει προεξοχές, τις ακτινοειδείς προβολές, οι οποίες είναι τοποθετημένες γύρω από τον φακό ακτινοειδώς. Έξω από τις ακτινοειδείς προβολές βρίσκεται ο ακτινωτός μυς, η ενέργεια τον οποίου προσαρμόζει τον φακό στην κοντινή ή μακρινή όραση. Η ενέργεια αυτή μεταβιβάζεται στο φακό με ένα πλήθος ινών, οι οποίες εκτείνονται μεταξύ του φακού και των ακτινοειδών προβολών και αποτελούν την ακτινωτή ζώνη.

Μπροστά από το ακτινωτό σώμα βρίσκεται το τρίτο τμήμα του αγγειώδη χιτώνα, η ίριδα. Στο μέσο της ίριδας υπάρχει μία οπή, η κόρη. Η κόρη περιορίζει ή αυξάνει το εύρος της με τη βοήθεια λείων μυϊκών ινών της ίριδας, οι οποίες σχηματίζουν τον σφιγκτήρα και διαστολέα μυ της κόρης. Η ίριδα ρυθμίζει το ποσό των φωτεινών ακτίνων, οι οποίες εισέρχονται στο βολβό.

3. Αμφιβληστροειδής χιτώνας: Είναι ο εσωτερικός χιτώνας και ο πιο σπουδαιότερος. Σ' αυτό το φωτεινό ερέθισμα μετα-

τρέπεται σε οπτική αίσθηση. Αποτελείται από δύο πέταλα. Το ένα λέγεται μελάχρουν επιθήλιο. Τα κύτταρά του παράγουν μία χρωστική, την πορφύρα, η οποία βοηθάει την όραση στο λυκόφως. Εσωτερικά του πετάλιου αυτού βρίσκεται το νευρινο οπτικό πέταλο, του αμφιβληστροειδή. Το πέταλο αυτό περιλαμβάνει ένα δίκτυο νευρικών κυττάρων και ενών από τα οποία περνάει το οπτικό νεύρο.

Από τα νευρικά κύτταρα του αμφιβληστροειδή, αυτά που βρίσκονται προς το μελάχρουν επιθήλιο λέγονται οπτικά και φέρνουν αποψυάδες τις οποίες διακρίνουμε ανάλογα με τη μυρμή σε ραβδία και κωνία.

Τα κωνία χρησιμεύουν για την όραση στο φως και την διάκριση των χρωμάτων, ενώ τα ραβδία ευαισθητοποιούνται από την πορφύρα και χρησιμεύουν για την όραση στο λυκόφως.

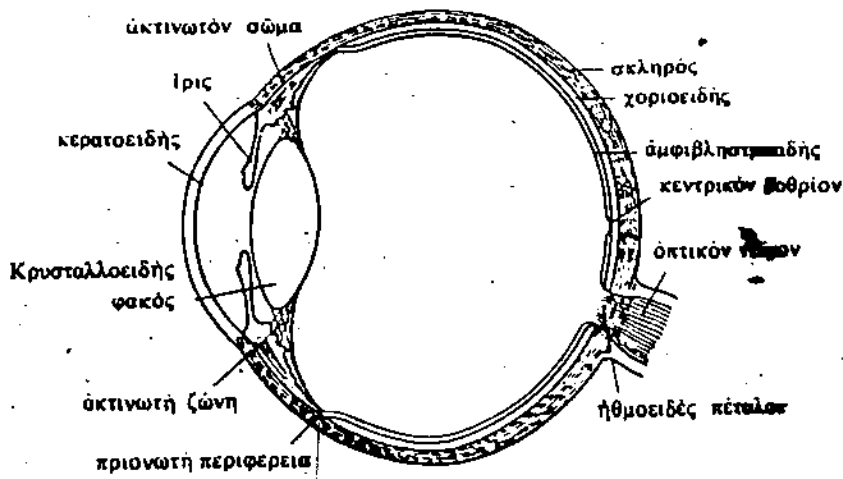
Το φωτεινό ερέθισμα μεταφέρεται στον εγκέφαλο με το οπτικό νεύρο. Η περιοχή του βολβού από την οποία εισέρχονται στον οφθαλμό το οπτικό νεύρο και τα αγγεία λέγεται οπτική θηλή.

Β. Περιεχόμενο: Το περιεχόμενο του βολβού αποτελείται από:

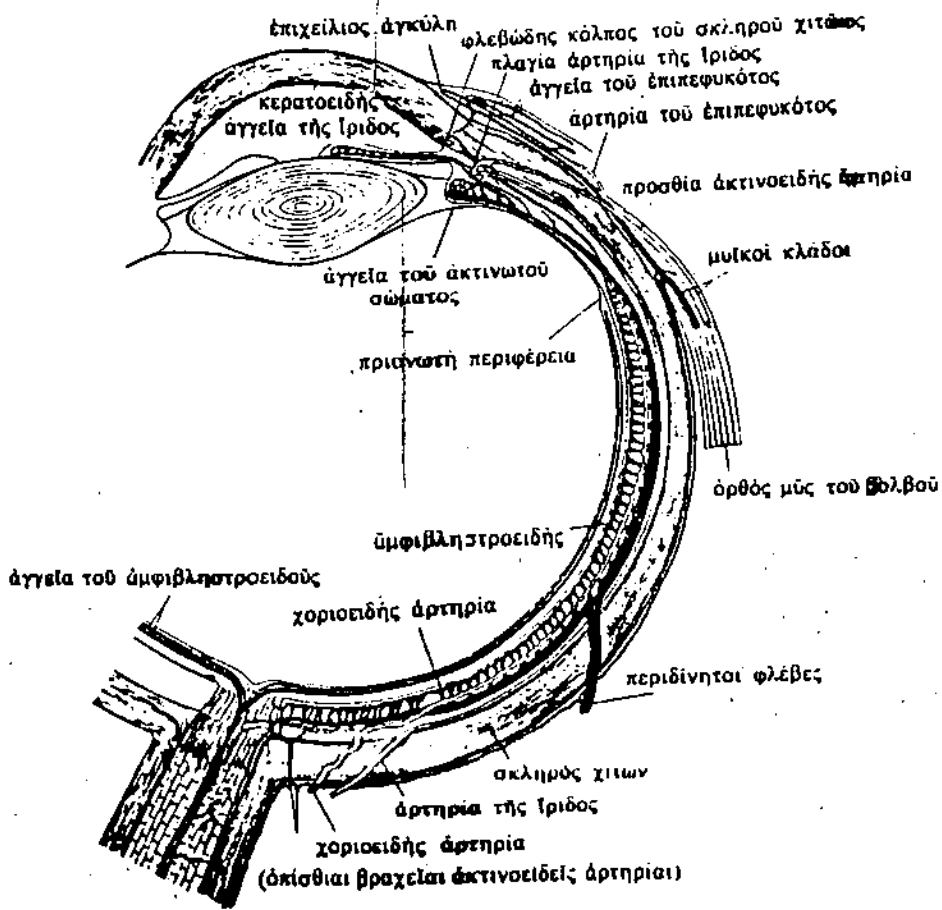
- α) υδατοειδές υγρό
- β) κρυσταλλοειδής φακός
- γ) υαλοειδές σώμα

α) Υδατοειδές υγρό: Βρίσκεται μεταξύ κερατοειδούς και αμφιβληστροειδούς φακού. Το μέρος του βολβού, στο οποίο

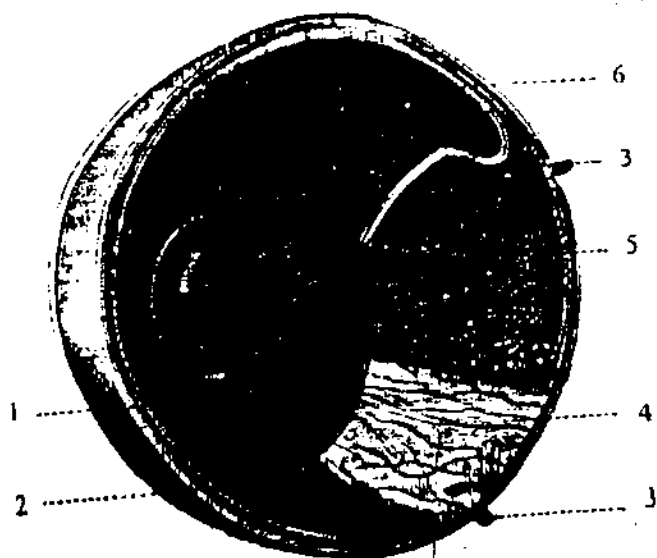
Τομή του βολβού του οφθαλμού .



Σχήμα των αιμοφόρων αγγείων του οφθαλμού .

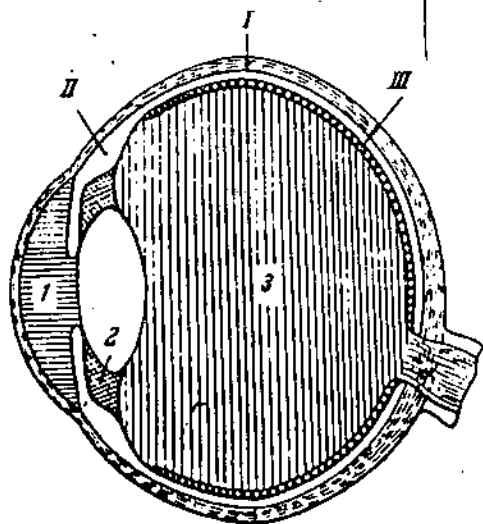


Πρόσθιο ημιμόριο του βολβού.



- I Ακτινοειδείς προβολές.
- 2 Πριονωτή περιφέρεια.
- 3 Περιδίνετες φλέβες.
- 4 Σκληρός (ινώδης).
- 5 Ραγοειδής (αγγειώδης).
- 6 Αμφιβληστροειδής (νεύρινος).

Χιτώνες (I - III) και χώροι (I - 3) του βολβού του οφθαλμού .



- I Πρόσθιος θάλαμος.
- 2 Οπίσθιος θάλαμος.
- 3 Χώρος του υαλοειδούς σώματος.

- I Κερατοειδής και σκληρός χιτώνας (έξω χιτώνας).
- II Ίριδα , ακτινωτό σώμα , χοριοειδής χιτώνας , (μέσος χιτώνας).
- III Αμφιβληστροειδής (έσω χιτώνας).

υπάρχει το υδατοειδές υγρό λέγεται πρόσθιος θάλαμος. Είναι διαφανές υγρό.

β) Κρυσταλλοειδής φακός: Βρίσκεται πίσω από την ίριδα και μπροστά από το υαλοειδές υγρό. Είναι αμφίκυρτος διαφανής και συντελεί ώστε να βλέπουμε καθαρά και από κοντά και από μακριά. Αυτό οφείλεται στην ιδιότητα την οποία έχει να αυξομοιώνει το μέγεθός του.

γ) Το υαλοειδές σώμα: Είναι ουσία πηκτοειδής διαφανής και καταλαμβάνει ολόκληρο το χώρο που βρίσκεται μεταξύ φακού και αμφιβληστροειδούς χιτώνα.

2. Εξαρτήματα οφθαλμικού βολβού

1. Βλέφαρα: Είναι δύο, το πάνω και το κάτω. Προστατεύουν τον βολβό, από τις εξωτερικές επιδράσεις και τον κερατοειδή τον οποίο υγραίνουν με τα δάκρυα. Το σημείο όπου ενώνεται το πάνω με το κάτω βλέφαρο λέγεται κανθός. Αυτός που βρίσκεται προς τη μύτη λέγεται έσω κανθός και αυτός που βρίσκεται προς τον κρόταφο έξω κανθός.

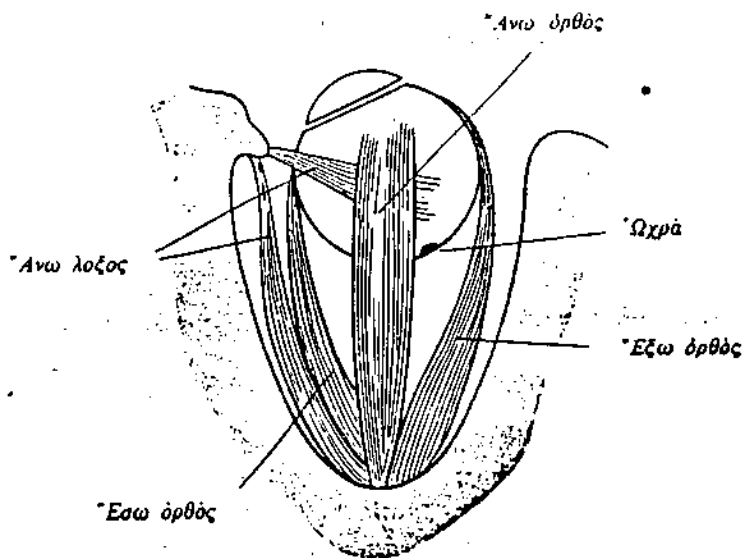
2. Επιπεφυκότας: Είναι λεπτός υμένας, ο οποίος καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια των βλεφάρων και την πρόσθια επιφάνεια του σκληρού χιτώνα, σταματάει δε, στο σκληροκερατοειδές όριο.

3. Δακρυϊκή συσκευή: Σ' αυτή τη συσκευή, παράγονται τα δάκρυα και μέσω αυτής αποχετεύονται. Το τμήμα, το οποίο παράγει τα δάκρυα λέγεται εκκριτικό και το τμήμα με το

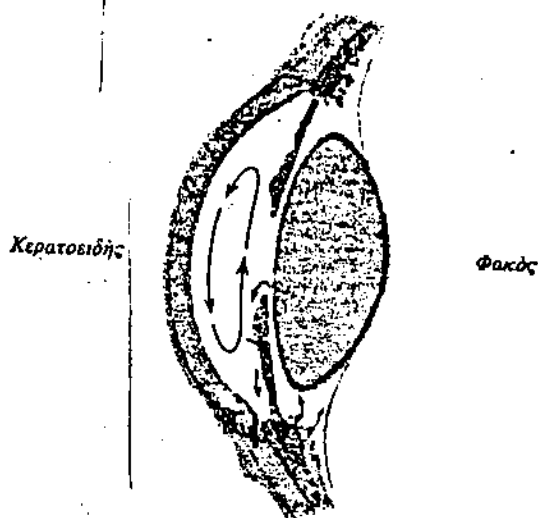
οποίο φέρονται στη μύτη λέγεται αποχετευτικό. Το εκκριτικό τμήμα αποτελείται από τον δακρυϊκό αδένα, ενώ το αποχετευτικό αποτελείται από τα δακρυϊκά σημεία, τα δακρυϊκά σωληνάκια, τον δακρυϊκό ασκό, στον οποίο συλλέγονται τα δάκρυα και τον ρινοδακρυϊκό πόρο, ο οποίος καταλήγει στη μύτη.

4. Οφθαλμικοί μύς: Οι μύς, οι οποίοι κινούν τον οφθαλμό προς τις διάφορες κατευθύνσεις είναι έξι. Τέσσερεις απ' αυτούς λέγονται ορθοί και δύο λοξοί. Οι ορθοί διακρίνονται σε έσω, έξω, άνω και κάτω. Οι δύο λοξοί είναι ο άνω και ο κάτω.

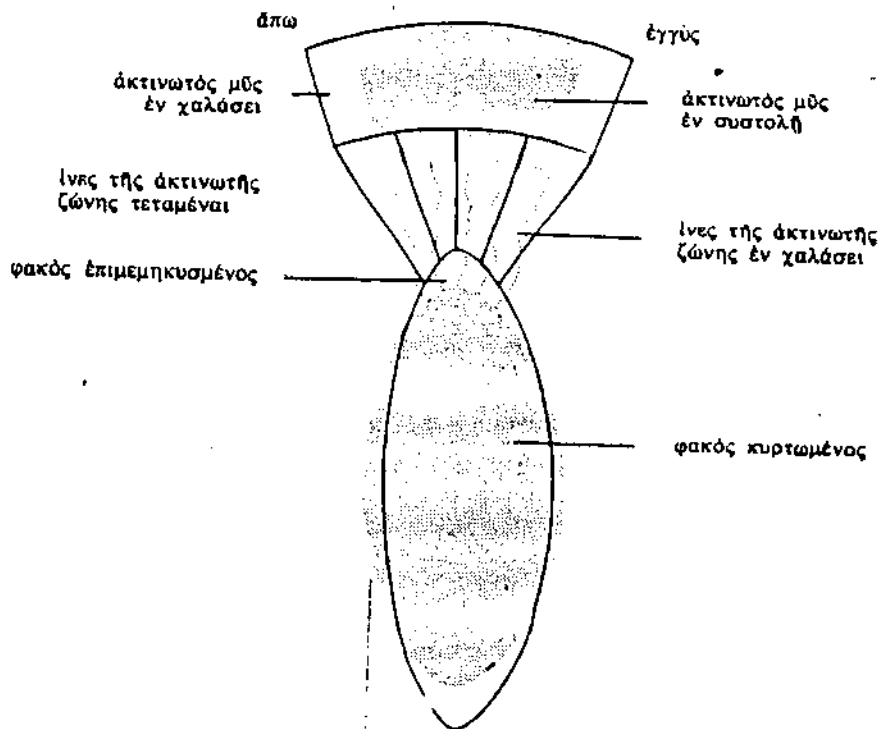
Οι οφθαλμοκινητικοί μύες του οφθαλμού , από άνω



Διακίνηση υδατοειδούς υγρού . Παράγεται από το ακτινωτό σώμα , κυκλοφορεί στο πρόσθιο και οπίσθιο θάλαμο και αποχετεύεται από την γωνία του πρόσθιου θαλάμου .



Διαδικασία της προσαρμογής στον ακτινωτό μυ και τον φακό.



Διακεκομμένη γραμμή : προσαρμογή εις την έγγυς όραση (άκτινωτός μύς συνεσταλμένος , ίνες της ακτινωτής ζώνης χαλαρωμένες , περιφάκιο , φακός κυρτωμένος) .

Συνεχής γραμμή : Προσαρμογή εις την μακρυνή όραση (ακτινωτός μύς χαλαρός , ίνες της ακτινωτής ζώνης και περιφάκιο σφιγμένες , φακός ελ - λειπτικός) .

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Το αισθητήριο της όρασης ερεθίζεται από το φως. Οι φωτεινές ακτίνες που προσπίπτουν στον οφθαλμό, εισέρχονται σ' αυτόν με το διαφανή κερατοειδή χιτώνα. Η κόρη, ανάλογα με την ένταση του φωτός μεγαλώνει ή μικραίνει αυτόματα και ρυθμίζει το ποσό των ακτίνων οι οποίες θα εισέλθουν στο εσωτερικό του βολβού, όπου επικρατούν συνθήκες σκοτεινού θαλάμου φωτογραφικής μηχανής. Μέσα στο βολβό διαθλώνται με τη βοήθεια του περιεχομένου του βολβού. Ο αμφίκυρτος φακός συγκεντρώνει τις ακτίνες, οι οποίες παίρνουν τέτοια φορά, ώστε τα διάφορα σημεία του βλεπόμενου αντικειμένου απεικονίζονται σε διάφορα σημεία του αμφιβληστροειδή.

Με τον ίδιο τρόπο στον αμφιβληστροειδή σχηματίζεται το σαφές αλλά ανεστραμμένο είδωλο του αντικειμένου. Η προβολή αυτή των φωτεινών ακτίνων προκαλεί τον ερεθισμό του οπτικού νεύρου, το οποίο μεταβιβάζει το ερέθισμα στον εγκέφαλο και ειδικότερα στο φλοιό της πληκτραίας σχισμής του ινιακού βολβού, όπου βρίσκεται το κέντρο της όρασης. Το κέντρο αυτό επεξεργάζεται τα ερεθίσματα και το είδωλο αναστρέφεται εκ νέου, έτσι ώστε να βλέπουμε τα αντικείμενα κανονικά και όχι ανεστραμμένα.

Ο φυσιολογικός οφθαλμός μπορεί να προβάλλει τα είδωλα πάνω στον αμφιβληστροειδή, είτε αυτά βρίσκονται μακριά, είτε κοντά με την ενέργεια του ακτινωτού μύος

(κύρτωση φακού ή αποπλάτυνση). Το ελάχιστο όριο απόστασης, για να είναι δυαδική η όραση είναι 12 CM.

Η προβολή του ειδώλου γίνεται και με τους δύο οφθαλμούς συγχρόνως και τα είδωλα γίνονται αντιληπτά σαν ένα, εφόσον οι οφθαλμοί βρίσκονται σε κανονική θέση. Εάν πιέσουμε λίγο τον ένα οφθαλμό βλέπουμε το αντικείμενο διπλό.

Κ Ρ Υ Σ Τ Α Λ Λ Ο Ε Ι Δ Η Σ Φ Α Κ Ο Σ

Γενικά: Ο φακός βάρους 0,3 GR είναι επιθηλιακό όργανο χωρίς νεύρα και αγγεία. Αυτός διαπλάσσεται κατά το πρώτο εμβρυϊκό μήνα από το έξω βλαστικό δέρμα σαν φουσαλιδοειδής περίσφυξη.

Σχήμα: Είναι σώμα αμφίκυρτο, διαφανές σαν γυαλί (κρυσταλλοειδής φακός) με εντονότερη κύρτωση της πίσω επιφάνειας.

Θέση: Βρίσκεται στο οπίσθιο θάλαμο μεταξύ της οπίσθιας επιφάνειας της ίριδας και του πρόσθιου τοιχώματος του υαλοειδούς σώματος αποτελώντας τμήμα του ιριδοφακικού διαφράγματος.

Συστατικά: Περιφάκιο, φλοιός εμβρυϊκός και ένηθος πυρήνας. Το περιφάκιο είναι διαφανείς ελαστική μεμβράνη (υαλοειδές δέρμα) όμοια με τη μεμβράνη του BOWMAN και DESCMET.

Ανάπτυξη: Όπως και τα υπόλοιπα επιθηλιακά όργανα (δέρμα, νύχια, τρίχες) κατά τη διάρκεια της ζωής γίνεται διαρκής νεοσχηματισμός κυττάρων. Η ανάπτυξη των ινών του φακού προέρχεται από το πηρινική τόξο του BECKER.

Επειδή ο φακός βρίσκεται μέσα σε κλεισμένη κάψα και δεν μπορεί να αποβάλλει κύτταρα γίνεται συνεχής αύξηση του βάρους του.

Ο φακός λοιπόν αυξάνει το βάρος του και μετά το τέλος της ανάπτυξής του κατά 50%. Επειδή το αμφίκυρτο σχήμα και ο όγκος του φακού διατηρούνται ουσιαστικά,

σταθερά η ανάπτυξη του φακού οδηγεί αναπόφευκτα σε μετασχηματισμό του εσωτερικού του.

Για τις ίνες του φακού που ήδη υπάρχουν διατηρώντας την οπτική ομοιογένεια συμπυκνώνονται από την τρίτη περίπου δεκαετία προς το κέντρο, το οποίο ονομάζεται ένηβος πυρήνας και έτσι η προσαρμοστική παραμορφωμένη μαλακή φλοιώδη ουσία προοδευτικά ελαττώνεται.

2. Ο μετασχηματισμός είναι δυνατός με τη συνεχή αποβολή του νερού η οποία αυξάνει το ειδικό του βάρος από 1030 σε 1070 και το απόλυτο γύρω στο 30%.

Και τους δύο τρόπους τους χαρακτηρίζουμε σαν σκλήρυνση, Έτσι βλέπουμε ότι αυξάνοντας η ηλικία, ο πυρήνας σκληρύνεται και μεγενθύνεται ανώμαλα της παραμορφωμένης μαλακής ουσίας του φλοιού.

Θρέψη: Η θρέψη του βραδύτροφου αναγγείου και χωρίς νεύρα οργάνου γίνεται με διάχυση από το υδατοειδές υγρό. Το περιφάκιο παίζει ρόλο ημιδιαπερατής μεμβράνης, επιτρέποντας την είσοδο ορισμένων μόνο ουσιών. Βλάβες στο περιφάκιο μεταβάλλουν την διαπερατότητα και οδηγούν σε θολερότητα του ιστού του φακού. Το γέρασμα του φακού, οφείλεται σε ελάττωση της γλυκόλυσης, της αναπνοής του οξυγόνου και των ενζυμικών δραστηριοτήτων.

Λειτουργία: Από λειτουργική άποψη, ο φακός αποτελεί μέρος του διοπτρικού συστήματος του ματιού. Αυτό έχει συνολική διαθλαστική ισχύ 58 διοπτριών. Έτσι αναλογούν:

φακός: 15 διοπτρίες

κερατοειδής: 43 διοπτρίες

Η σπουδαιότερη λειτουργία του φακού είναι η εγκρι-
νή διάταξη της εικόνας με την επικουρία της προσαρμογής.
Στη διεργασία αυτή παίρνουν μέρος ο φακός, η ζώνη και ο ακτινωτός μυς.

Η ενέργεια του φακού κατά τη διεργασία της προσαρμογής

Η έκταση της προσαρμογής εξαρτάται από την ικανό-
τητα του φακού να μεταβάλλει σχήμα δηλ. να μεταμορφώ-
νει το ελλειπτικό του σχήμα σε σφαίρα. Τη μέγιστη ικανό-
τητα προσαρμογής δηλ. την ικανότητα να αυξάνει ισχυρό-
τητα τη διαθλαστική δύναμη, την έχει μόνο στη νεανική
ηλικία.

Οι οπτικές διακεκομμένες (ζώνες) επιφάνειες του
φυσιολογικού φακού από έξω προς τα μέσα είναι:
πρόσθια - οπίσθια επιφάνεια του περιφακίου
πρόσθια και οπίσθια αποσχιστική ζώνη
πρόσθια και οπίσθια ζώνη του ενήβου πυρήνα
πρόσθια και οπίσθια εξωτερική ζώνη του εμβρυϊκού πυρήνα
πρόσθια και οπίσθια εσωτερική ζώνη του εμβρυϊκού πυρήνα
κεντρικό μεσοδιάστημα

Η ικανότητα μεταμόρφωσης εξαρτάται από τη σχέση:
πυρήνας - φλοιός. Μικρός πυρήνας και παχύς, μαλακός
φλοιός κατά τη νεανική ηλικία δίνουν την μέγιστη δυνα-
τότητα μεταβολής σε σφαιρικό σχήμα. Μεγάλος πυρήνας

και λεπτός φλοιός κατά τα γεράματα αποδίδει την ελάχιστη μεταβλητότητα μέχρι αδυναμίας.

Παθολογία: ο φακός δεν περιέχει αγγεία και νεύρα και επομένως δεν μπορούν να δημιουργηθούν σ' αυτόν φλεγμονές ή να εμφανιστεί πόνος. Σαν χαρακτηριστικά σημεία πάθησης του φακού, παρουσιάζονται θολώσεις, μεταβολές της θέσης και του σχήματός του. Μία θόλωση του φακού ονομάζεται καταρράκτης (στα γερμανικά DIE KATARAKT είναι θηλυκού γένους γιατί η ελληνική λέξη καταρράκτης - πτώση νερού, όπου οι παλαιοί πίστευαν ότι είναι πιγμένο υγρό που χύθηκε στην κόρη). Επειδή ο μη ειδικός με το όνομα καταρράκτης αντιλαμβάνεται συνήθως τύφλωση, είναι ιατρική επικολαιότητα να χρησιμοποιούμε στη συζήτηση αυτή τη λέξη για ασήμαντες γεροντικές θολώσεις ή για ένα σιευανυειδή καταρράκτη. Η θόλωση του φακού λέει την πραγματικότητα, χωρίς απαραίτητα να τρομάζει τους ασθενείς.

Διακρίνουμε τον συγγενή και τον επίκτητο καταρράκτη. Πρακτικά σημαντικότερος είναι ο γεροντικός καταρράκτης ο οποίος είναι και ο πιο συχνός γι' αυτό παρακάτω θα ασχοληθούμε περισσότερο με αυτόν.

Περί του βάρους του καταρρακτικού φακού

Διαπιστώθηκε ότι:

1. Το βάρος των καταρρακτικών φακών είναι σημαντικά μεγαλύτερο εκείνον των ανδρών.

2. Το βάρος των καταρρακτικών φακών διαβητικών και υπερτασικών ατόμων είναι σημαντικά μεγαλύτερο εκείνου, ατόμου χωρίς συνυπάρχουσα συστηματική πάθηση¹.

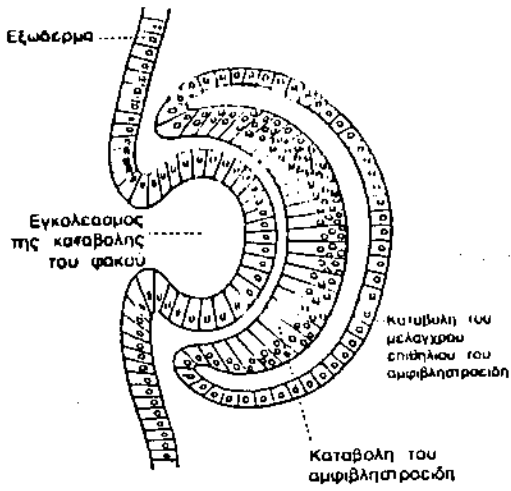
Η διαπίστωση αυτή έγινε μετά από εξέταση 210 ώριμων γεροντικών καταρρακτικών φακών σε σχέση με το φύλο και τις συνυπάρχουσες στους ασθενείς συστηματικές παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση).

1. Από την οφθαλμολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.

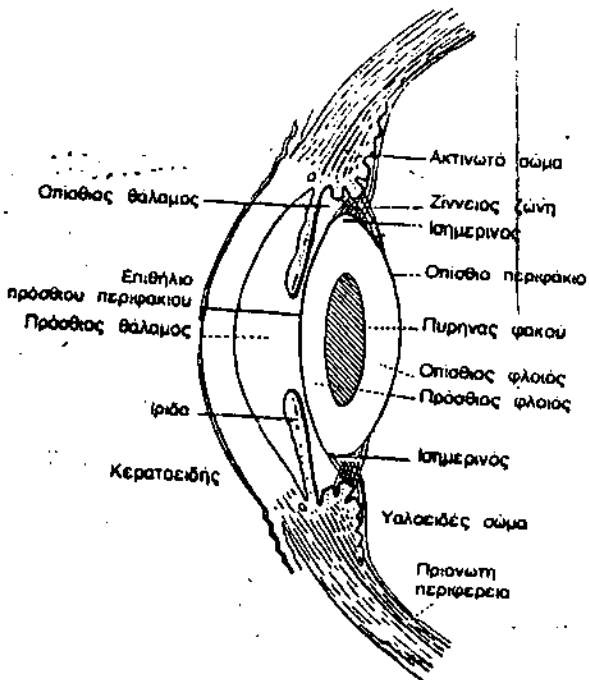
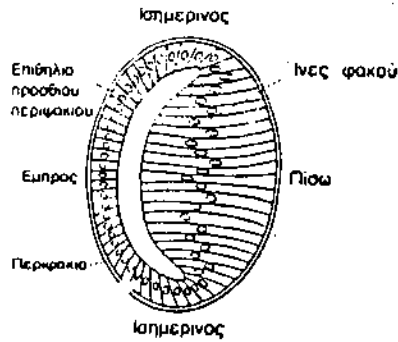
Διευθυντής: Ο καθηγητής Π. Βελισσαρόπουλος

Έρευνα - Αποτελέσματα: Μ. ΛΟΥΜΠΕΤΖΟΓΛΟΥ, Ι.Δ. ΛΑΔΑΣ

Εμβρυολογική ανάπτυξη του φακού .



Ανάπτυξη του φακού.



Σχήμα του φακού σε ηλικία 50 ετών.

ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

A Οπτική οξύτητα: Αυτή έχει σαν σκοπό να ελέξει τις διαθλαστικές ανωμαλίες της οράσεως, όπως μυωπία, αστιγματισμός, υπερμετροπία καθώς επίσης και αλλοιώσεις του βυθού.

Ο οφθαλμός ο οποίος μπορεί να βλέπει καθαρά και όταν προσαρμόζεται μακριά λέγεται εμμέτρως ή κανονικός. Πολλές φορές όμως συμβαίνει να παρατηρούνται ανωμαλίες της όρασης, όπως οι παραπάνω, οι οποίες έχουν σαν συνέπεια την μείωση ή την αύξηση της οπτικής οξύτητας.

Ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστική θέση, απέναντι από αριθμητικό πίνακα στο οποίο η διάταξη και η γραφή των αριθμών είναι ειδικά κατασκευασμένα, γνωστό σαν οκτότυπο και σε απόσταση 4-5 μέτρα.

Ο γιατρός τοποθετεί δίοπτρα διαφόρων βαθμών στους οφθαλμούς του ασθενή και παρακαλεί αυτόν να διαβάσει τους αριθμούς που αυτός υποδειχνει. Μετά από αυτό προσδιορίζει το βαθμό της οπτικής οξύτητας.

Σαν φυσιολογική οπτική οξύτητα θεωρείται το 10|10. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να διαβάσει και τις δέκα σειρές των αριθμών του πίνακα. Έτσι η οπτική οξύτητα εκτιμάται με βάση τη δυνατότητα ανάγνωσης των αριθμητικών σειρών. Αυτή μπορεί να αυξηθεί και να μειωθεί σε παθολογικές καταστάσεις.

Βαθμοί οπτικής οξύτητας είναι:

1. Τελεία τύφλωση
2. Αντίληψη φωτός. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται μόνο το φως
3. Αντίληψη κινούμενου χεριού. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το φως καθώς και τις κινήσεις του χεριού.
4. Μέτρηση δακτύλων. Ο ασθενής είναι σε θέση να αριθμήσει επιδεικνυόμενα δάκτυλα.

Η όραση κάτω από 6|10 και 5|10 οδηγεί το άτομο σε προβλήματα όρασης.

Β Οφθαλμοσκόπηση: Ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστική θέση με το κεφάλι στραμμένο ελαφρά προς τα πίσω, μπορεί όμως αυτή να εκτελεσθεί και όταν ο ασθενής βρίσκεται σε θάλαμο με τη βοήθεια ειδικού κατόπτρου, το οποίο φέρει ο γιατρός και το φως του οποίου αντανακλά στο πρόσωπο του ασθενούς. Εάν αυτή γίνει σε φωτεινό θάλαμο, τότε ο ασθενής κατευθύνει την όραση προς την εστία του φωτός.

Η εξέταση αυτή έχει σκοπό να ελέξει τις κινήσεις των οφθαλμών την αντίδραση στο φως, την προσαρμοστική ικανότητα, τα κοντινά και μακρινά ευρισκόμενα αντικείμενα και την γενική εμφάνιση αυτών.

Γ Βυθοσκόπηση. Σκοπός της εξέτασης αυτής είναι ο έλεγχος του βυθού του οφθαλμού και γίνεται με την βοήθεια ειδικού οργάνου του οφθαλμοσκοπίου. Η χρήση μυδριατικών φαρμάκων όπως HOMATROPINE, μερικές φορές χρησιμοποιείται για την καλύτερη ενδοσκόπηση του βυθού. Πολλές φορές η αδερφή, κάνει ενσταλάξεις HOMATROPINE πριν την εξέταση, κατόπιν εντολής γιατρού για την επίτευξη

αντού του σκοπού. Η χρήση σταγόνων ATROPINE αποφεύγεται γιατί είναι πολύ δύσκολο μυδρνατικό και μπορεί να προκαλέσει οξύ γλαύκωμα σε ορισμένα με προδιάθεση άτομα.

Η οφθαλμοσκόπηση γίνεται σε σκοτεινό χώρο. Πολλές φορές χρησιμοποιούνται μεγενθυτικά βυθοσκόπια, όπου ο έλεγχος του περιεχομένου του οφθαλμού γίνεται με πιο μεγάλη ακρίβεια και λεπτομέρεια.

Δ ΣΧΙΣΜΟΕΙΔΗΣ ΛΥΧΝΙΑ, Η εξέταση αυτή αποσκοπεί στον έλεγχο ξένων σωμάτων που τυχόν υπάρχουν μέσα στον οφθαλμό και συγκεκριμένα στον κερατοειδή τα οποία δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι. Αυτή οφείλεται στην μεγενθυτική ικανότητα του οργάνου. Επίσης με την εξέταση αυτή γίνεται αναγνώριση του καταρράκτη και διαχωρισμός του, δηλ αν είναι: καθολικός

πυρηνικός

οπίσθιος ολικός

θόλωση του οπίσθιου περιφακίου

Εξέταση καταρράκτη

Η παρατήρηση σε διάχυτο φως εξαπατά. Πάντοτε πρέπει να εξετάζουμε με εστιακό φωτισμό διακρίνουμε σε ποια στοιβάδα βρίσκονται γκριζόλευκες, γαλαζωπές ή ερυθρόφακες θολώσεις. Ο φακός ενός ηλικιωμένου ατόμου σε διάχυτο φως

φαίνεται συχνά γκρίζος (γεροντική αντανάκλαση), χωρίς να βρίσκεται ουσιαστική θόλωση σε προσπίπτον φως.

Με διευρυσμένη κόρη σε προσπίπτον φως (επίπεδο κάτοπτρο έμμεσου οφθαλμοσκόπου) βλέπουμε το βυθό να φωτίζεται ερυθρώπός, εφόσον τα διαθλαστικά μέσα είναι διανυγή. Περιγραφόμενες θολερότητες φακών παρουσιάζονται σαν σκοτεινές σκιές. Σε πυκνό καταρράκτη δεν παρατηρείται πλέον ερυθρωπή αντανάκλαση στο προσπίπτον φως.

Στη συνέχεια εξετάζουμε εάν ο αμφιβληστροειδής και το οπτικό νεύρο είναι εντάξει και επομένως εάν ενδείκνυται μια εγχείρηση καταρράκτη. Εδώ χρησιμεύει κατ' αρχήν το ιστορικό. Έβλεπε ο ασθενής καλά με το μάτι αυτό παλαιότερα; Μήπως είχε στραβισμό; επίσης εξετάζουμε στη συνέχεια εάν γίνεται αντιληπτή η διεύθυνση του προσπίπτοντος φωτός και εάν είναι θετικό το ενδοπτικό φαινόμενο σε όλα τα τεταρτημόρια.

Η διαθλαστική ισχύς του φακού μέσα στο μάτι είναι +19DPT ενώ στα καταρρακτικά γυαλιά +11DPT.

Επίσης εξετάζουμε σε προσπίπτον φως και με εστιακό φωτισμό (σχισμοειδής λυχνία).

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Από τα πρώτα στάδια, ο καταρράκτης γίνεται αντιληπτός με τη βοήθεια του οφθαλμοσκοπίου, της σχισμοειδής λυχνίας, με τη βοήθεια κοινού φωτισμού και μετά από μυδρίαση της κόρης του οφθαλμού.

Όσο περισσότερος είναι ο καταρράκτης τόσο δυσχερέστατη καθίσταται η βυθοσκόπηση. Τελικά, η αντανάκλαση από το βυθό εξαφανίζεται.

Κατά το τελικό αυτό στάδιο, η κόρη είναι λευκή και ο καταρράκτης είναι ώριμος. Ο βαθμός απώλειας της όρασης, αντιστοιχεί προς το βαθμό αδιαφάνειας του φακού.

Βασικά διαγνωστικά στοιχεία καταρράκτη

1. Προοδευτική απώλεια της όρασης εντός διαστήματος μηνών ή ετών.
2. Απουσία άλγους ή ερυθρότητας
3. Θολερότητα των φακών συνισταμένη με το πέρασμα του χρόνου, ορατή με γυμνό μάτι.

Παράγοντες που επιδρούν στην εξέλιξη του καταρράκτη

1. Κληρονομικοί - Γενετική προδιάθεση (επικρατούσα μεταβίβαση - ηλικία - φύλο).
2. Εξωτερικοί παράγοντες - περιβάλλοντος (ακτινοβολίες,

συνθήκες εργασίας)

3. Γενική κατάσταση ασθενών. Γλαύκωμα ,σακχαρώδης διαβήτης κ.α.

4. Κατάσταση οφθαλμού. Γλαύκωμα,αλλοιώσεις ωχράς. Χρήση κολλυρίων (κορτιζόνη,αντιγλαυκωματικών κ.α).

ΜΟΡΦΕΣ ΘΟΛΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΕΙΔΗ ΦΑΚΟΥ

Κάθε θόλωση του ιστού του φακού χαρακτηρίζεται σαν φαιό υπόχυμα (καταρράκτης). Διακρίνουμε επίκτητο και συγγενή καταρράκτη

ΕΠΙΚΤΗΤΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

I ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

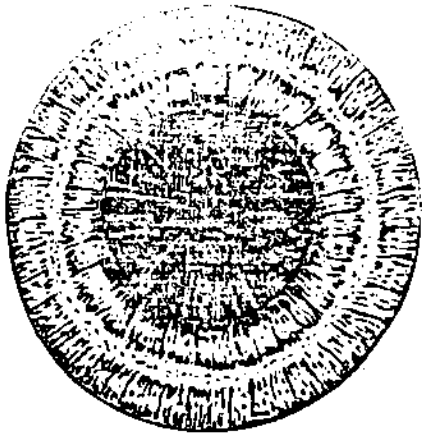
Σαν αιτίες του καταρράκτη αυτού θεωρούνται η ενζυμική τροποποίηση, η διατροφή και το υπεριώδες φως. Διακρίνουμε τα ακόλουθα στάδια:

1. Σε αρχόμενο καιμωμάκτη: ο οπίσθιος παρουσιάζει περιφερικές θολερότητες και πυρηνική θόλωση, χαρακτηρίζεται σαν σφηνοειδής καταρράκτης και ελάχιστα βλάπτει την ικανότητα της όρασης.

2. Σε ώριμο ή σε προχωρημένο καταρράκτη: γκριζόλευκες θολερότητες του φλοιού φθάνουν σαν ακτίνες τροχού μέχρι το κέντρο και μειώνουν την όραση

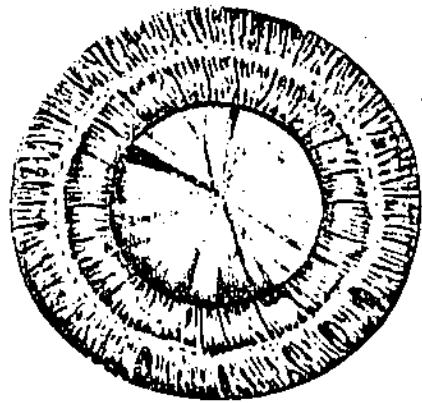
3. Σε ώριμο καταρράκτη: ο φακός έχει πλήρως θολώσει και η κόρη δεν αναλάμπει ακόμη και στο διερχόμενο φως του οφθαλμοσκοπίου.

Αυτή η παλιά ταξινόμηση είχε σχέση με την ένδειξη για εγχείρηση, γιατί παλαιότερα περίμεναν τον καταρράκτη

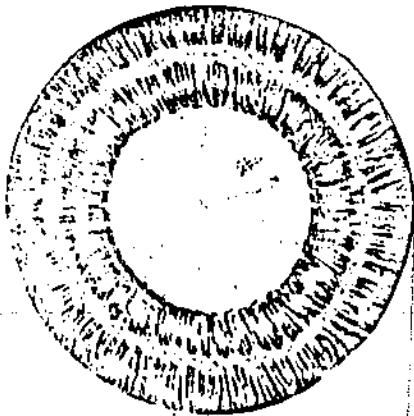


Αρχόμενος γεροντικός καταρράκτης (ακτίνε τροχού)·

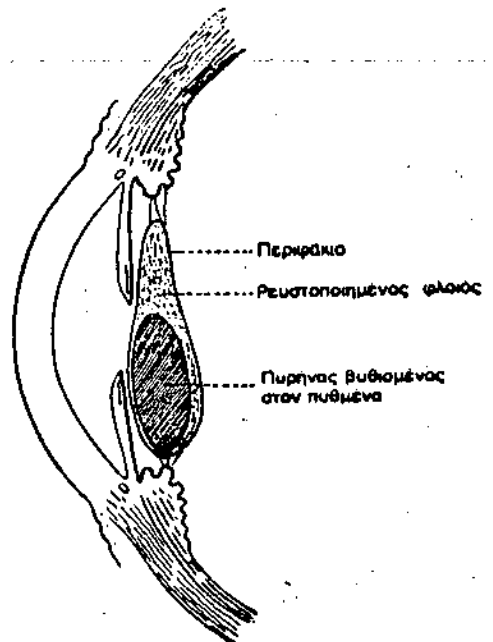
Προχωρημένος γεροντικός καταρράκτης·



Ώριμος γεροντικός καταρράκτης·



Υπερώριμος γεροντικός καταρράκτης .



να ωριμάσει.

Σήμερα χειρουργούμε με μεγαλύτερη ασφάλεια και ενεργούμε σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή. Ένα βοσκό του χειρουργούμε αργότερα από έναν λεπτομηχανικό.

Στο στάδιο της ωριμότητας επέρχεται μετά από μερικά χρόνια, διάλυση και ρευστοποίηση των ινών του φακού.

Έτσι, ο φακός, φαίνεται ομοιογενής γκρίζος χωρίς να διαγράφεται η δομή του και ο καταρράκτης είναι τότε υπερώριμος. Μετά ο σάκος του περιφάκτιου που αρχικά ήταν τεντωμένος, πτυχώνεται και ο σκούρος φακός πυρήνας βυθίζεται προς τα κάτω.

4. Υπερώριμος καταρράκτης: αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να τις χειρουργούμε ακόμη και όταν λόγω αλλοίωσης του αμφιβληστροειδή δεν μπορεί να περιμένει κανείς μεγάλη οπτική οξύτητα γιατί διαφορετικά τα λευκώματα του φακού, διέρχονται το περιφάκτιο, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει ιριδικυκλίτιδα με δευτεροπαθές γλαύκωμα και τελικά τύφλωση.

Από πρακτική άποψη, σημαντικότερη, είναι η ταξινόμηση σύμφωνα με τη θέση της θόλωσης. Διακρίνουμε δύο ιδιαίτερες μορφές γεροντικού καταρράκτη.

1) Φλοιώδης καταρράκτης: διακρίνουμε δύο συχνούς τύπους του φλοιώδη καταρράκτη:

α) σαν διαυγείς σχισμές και

β) σαν ακτίνες τροχού καθώς και την υπορεφακτική οπίσθια θόλωση του φλοιού με ταχεία εξέλιξη, όπου η όραση για κοντά μειώνεται ιδιαίτερα.

Από την περιφέρεια αρχίζουν να σχηματίζονται θολερότητες του φακού και ανάμεσα τους υπάρχουν αύλακες. Άλλοτε αμέσως και μερικές φορές μετά από την πάροδο πολλών ετών προκαλείται πεταλιώδη διάσχιση, ρήξη, και λευκόφαιη θόλωση του ιστού του φλοιού σαν συνέπεια μεγάλης πρόσληψης νερού.

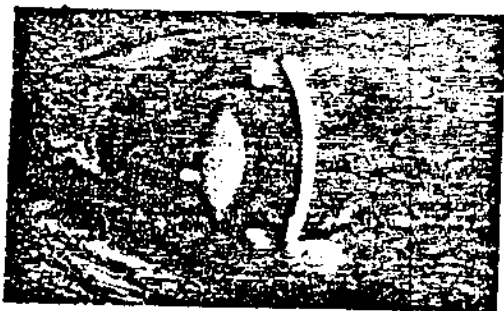
2) Πυρηνικός καταρράκτης: Είναι τις πιο πολλές φορές μια φαιώπη θόλωση του πυρήνα που εξελίσσεται πάντα πολύ αργά, παρουσιάζεται συνήθως σε μύωπες και προκαλεί μία επιπρόσθετη διαθλαστική μυωκία. Εάν, όμως, ο ασθενής ήταν προηγούμενος εμμέτρωπας και πρεσβύωπας τότε αυτός μπορεί τώρα να διαβάσει καμιά φορά και πάλι χωρίς γυαλιά.

Θεραπεία: Σε προχωρημένες θολώσεις του φακού, καμιά θεραπευτική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική. Η χειρουργική επέμβαση κατευθύνεται ανάλογα με την ηλικία του αρρώστου και σύμφωνα με το μέγεθος που έχει ο πυρήνας του φακού.

2) ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ ΑΠΟ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

1. Διαβητικός καταρράκτης: Σε νεαρά διαβητικά άτομα παρατηρούμε πάντοτε αμφοτερόπλευρα στην αρχή υποπεριφάρικια κενोटόπια, λευκές σχισμοειδείς θολερότητες από τις οποίες δημιουργούνται σύντομα ακτινωτές θολώσεις και ολικός καταρράκτης.

2. Μυοτονικός καταρράκτης: Ο καταρράκτης αυτός είναι



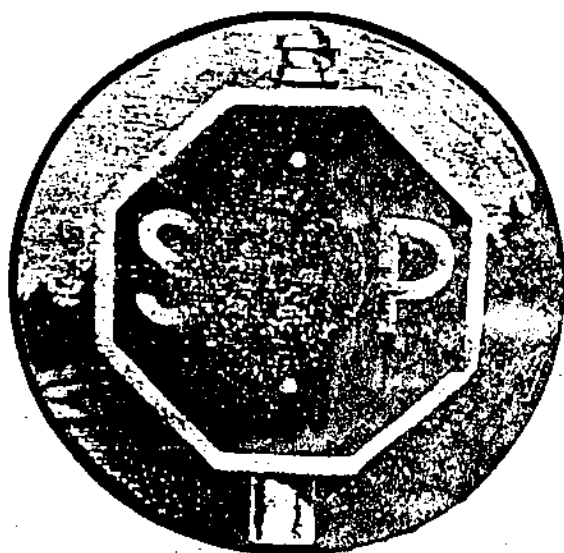
Πυρηνικός καταρράκτης.

Στην εικόνα το φως από την σχισμοειδή λυχνία έρχεται από αριστερά . Η δέσμη φωτός απεικονίζεται αριστερά πρώτα στον κερατοειδή . Ο φλοιός του φακού είναι σχεδόν διαυγής ο πυρήνας έντονα θολερός.



Όραση ανθρώπου φυσιολογικού .

Όραση ανθρώπου με καταρράκτη



Γεροντικός καταρράκτης.

Αριστερά : Όφθιμος καταρράκτης , πυκνή λευκόφαιος θόλωση όλων των στοιβάδων

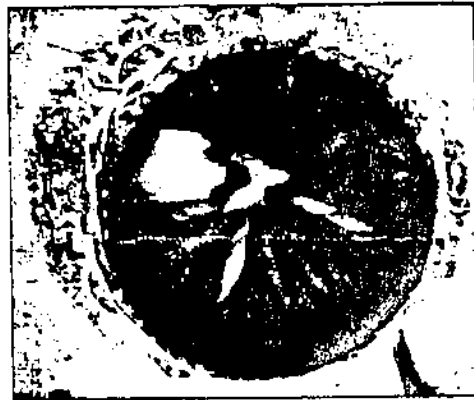
Δεξιά : Αφασία μετά περιφερικής ιριδοκτομίας .





Διαβητικός καταρράκτης .
Θολώσεις του φλοιού του φακού αμφο -
τέρων των οφθαλμών δίχην νιφάδων .

Διαβητικός καταρράκτης .
Θολερότητα του φακού .



σπάνιος. Παρουσιάζεται στην μυοτονική δυστροφία. Σε πλήρη εικόνα έχουμε την χαρακτηριστική τριάδα: υποτονία του βολβού, καταρράκτης, συμπτώματα μυοτονίας.

3. Καταρράκτης τετανίας ή τετανικός: Σε αυτόν βρίσκει κανείς υποπεριφατικές οπτικές θολερότητες καθώς και θυλώσεις των ενών στην περιοχή του ενήλικα πυρήνα.

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

4. Καταρράκτης από κορτιζόνη: Αυτός μπορεί να δημιουργηθεί μετά από ένα χρόνο διαρκούς θεραπείας με κορτιζόνη και στην αρχή, τις πιο πολλές φορές παρουσιάζει κάτω από το οπίσθιο περιψάκιο.

5. Καταρράκτης από δερματικές παθήσεις: Δημιουργείται σε χρόνια νευροδερματίτιδα, σκληροδερμία, έκζεμα και σπανιότερα σε άλλες παθήσεις του δέρματος.

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

7. Καταρράκτης επιπλοκής: Αυτός μπορεί να δημιουργηθεί σε χρόνιες ενδοφθάλμιες παθήσεις, όπως σε χρόνια ιριδοκυκλίτιδα, σε γλάνκωμα, σε μακράς διάρκειας αποκόλληση του αμφιβληστροειδή ή σε μελαχρωστική εκφύλιση. Η θόλωση εμφανίζεται αστεροειδώς στον οπίσθιο θόλο και υποπεριφακικά

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

9. Καταρράκτης σε δηλητηριάσεις: Με εργοτίνη ή με απισχνατικά με δινιτραφαινόλη ή δινιτροκρεόλη.

Θεραπεία: Στο διαβητικό καταρράκτη, δίαιτα χωρίς να περιέχει καθόλου λίπος, βελτίωση του μεταβολισμού χορηγώντας ινσουλίνη μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη, επαρκή κίνηση, και εάν υπάρχει βελτίωση η μόνη λύση είναι η χειρουργική θεραπεία.

Στον τετανικό καταρράκτη, η χορήγηση του ασβεστίου μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη. Εάν δεν έχουμε αποτέλεσμα, τότε η θεραπεία, είναι χειρουργική. Στον καταρράκτη από κορτιζόνη και από δερματικές παθήσεις η θεραπεία είναι χειρουργική, ενώ στον καταρράκτη επιπλοκής, χορήγηση κορτιζόνης και χειρουργική θεραπεία.

3) ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

1. Καταρράκτης από θλάση ή τραυματικός: Μετά από θλάση, ο φακός μπορεί να θολώσει με τη μορφή μιας τραυματικής όψιμης ροζέτας, που εμφανίζεται κάτω από το πρόσθιο και το οπίσθιο 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.



Θλαστικός καταρράκτης στο οπίσθιο πε -
ριφάκιο.

Εξάρθημα του φακού στον
πρόσθιο θάλαμο μετά από
τραύμα . Δευτεροπαθές
γλαύκωμα απο παρεμπόδιση
της εκροής .



2. Καταρράκτης υαλουριών ή κυρτογενής: Ο καταρράκτης επέρχεται σαν αποτέλεσμα της υπέρυθρης ακτινοβολίας. Παρατηρείται θόλωση στο οπίσθιο πόλο των φακών, και αποκόλληση πεταλιών από το πρόσθιο περιφάκιο. Η επαγγελματική αυτή πάθηση σήμερα με την εφαρμογή των προστατευτικών γυαλιών σπανίζει.

3. Ηλεκτρικός καταρράκτης: Αυτός δημιουργείται από τραυματισμό με ισχυρό ρεύμα ή κεραυνοπληξία. Μετά από μερικές βδομάδες μπορούν να εμφανισθούν θολώσεις του φακού που είναι επανορθώσιμες ή εξελισσόμενες.

4. Ακτινογενής καταρράκτης: Αυτός παρουσιάζεται 1-2 χρόνια μετά από εφάπαξ ή τμηματική ακτινοβολία από 6 GY (GY = GRAY = JOULE / KG = 100 RD). Γι' αυτό σε ακτινοβολία RONTGEN, η ραδιοακτινοβολία στην περιοχή του κεφαλιού πρέπει να προστατεύονται με επιμέλεια οι φακοί, με προθέσεις μολνβδούχων γυαλιών. Παρόμοιοι οπίσθιοι κυπελοειδείς καταρράκτες παρατηρήθηκαν μετά από τη ρήξη της ατομικής βόμβας στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι.

Θεραπεία: Στο τραυματικό καταρράκτη, όταν το τραύμα είναι μικρό, προκαλούμε μύση της κόρης, ενώ τα μεγαλύτερα τα χειρουργούμε.

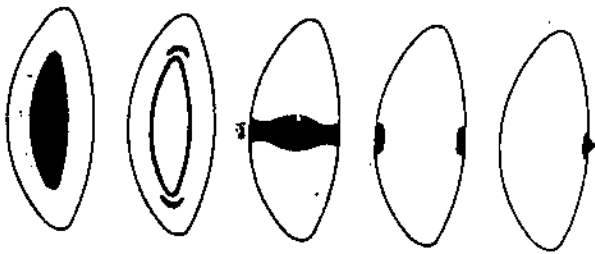
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

1. Ολικός καταρράκτης: παρουσιάζεται αμφοτερόπλευρα σαν πυκνή λευκή θόλωση και προέρχεται από ιογενή μόλυνση του εμβρύου τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης: παιδιά με ερυθρά, ανεμοβλογιά, παρωτίτιδα, ή ιλαρά πρέπει οπωσδήποτε να κρατιούνται μακριά από τις έγκυους αυτό το διάστημα. Πολύ πιο σπάνια πρόκειται για κληρονομικό καταρράκτη. Συχνά, παρουσιάζονται ταυτόχρονα και άλλες ανωμαλίες του ματιού: μικροφθαλμία. Αυτά τα παιδιά, τις πιο πολλές φορές πεθαίνουν πριν τον 6ο μήνα. Σε μογγολισμό, οι συχνότερες ανωμαλίες του ματιού είναι επίκανθος και καταρράκτης. Επίσης από μολύνσεις κατά το δεύτερο μισό της κύησης μπορούν να προκληθούν φλεγμονές στο μάτι και απ' αυτές δευτεροπαθής καταρράκτης.
2. Σπάνιες μορφές καταρράκτη: εμφανίζονται οι ακόλουθες μορφές καταρράκτη: οπίσθιος πολικός καταρράκτης, πρόσθιος πυραμιδικός, πυρηνικός.
3. Ζωνοειδής καταρράκτης: Αυτός αιωρείται σαν μια φασαλίδα μέσα στον φακό που περιβάλλει τον πυρήνα, ενώ ο φλοιός και ο πυρήνας παραμένουν διαφανείς.
Ο ζωνοειδής καταρράκτης είναι αμφοτερόπλευρος, είναι συγγενής και σπανιότερα είναι επίκτητος εξαιτίας ραχιτισμού, τετανίας και σπασμοφιλίας.
4. Εκτόπιση του φακού: πρόκειται για κληρονομική ανωμαλία. Η εκτόπιση του φακού οφείλεται σε έλλειψη των ζωνιαίων

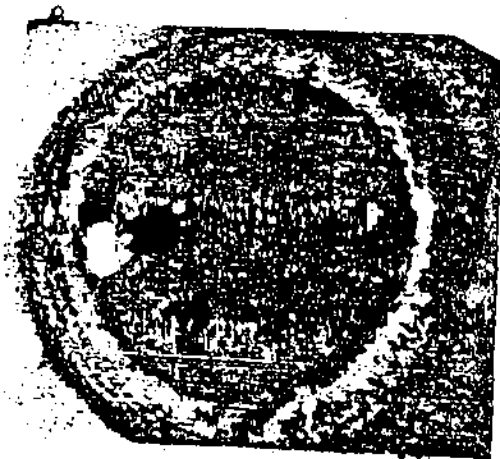


Συγγενής ολικός καταρράκτης . Εμβρυ-
ιοπάθεια απο ερυθρά . Ερυθρά της
μητέρας κατά το πρώτο τρίτο της κυήσης .
Αμφοτερόπλευρη πυκνή λευκόφαιη θόλωση
όλων των στοιβάδων του φακού .

Μορφές θόλωσης του φακού σε συγγενή
καταρράκτη .



Στεφανοειδής καταρράκτης .



ινών.

5. Νεανικός καταρράκτης: Κατά την εφηβεία στα 25% των ανθρώπων, συχνά στη περιοχή του ισημερινού, δημιουργούνται κορυνοειδείς και σταγονοειδείς θολερότητες που είναι χωρίς σημασία για την οπτική οξύτητα. Λόγω της στεφανοειδούς διάταξης των θολεροτήτων ονομάζεται στεφανοειδής καταρράκτης και λόγω του κυανωτού χρώματος κυανωπός καταρράκτης. Η εξέλιξη είναι βραδεία επειδή δεν υπάρχει αισθητική διαταραχή της όρασης.

6. Δευτερογενής καταρράκτης: Έτσι ονομάζουμε τον καταρράκτη που μπορεί να δημιουργηθεί από τα υπολείματα του περιφάκου και του φλοιού που παραμένουν στο μάτι μετά από μία εξωπεριφακική εγχείρηση.

Θεραπεία: Όσο αφορά τον ολικό καταρράκτη, μέχρι το πρώτο έτος διατήρηση της κόρης σε μυδρίαση, μετά το πέρασμα του πρώτου έτους εγχείρηση.



Ζωνοειδής καταρράκτης (περιπυρηνική
καταρράκτης) .

Ζωνοειδής καταρράκτης .
Δισκοειδή θόλωση , Διαφανής
περιφέρεια του φακού ,
οπτική ιριδεκτομία .



Ζωνοειδής καταρράκτης αμφοτέρων των
οφθαλμών .

η ηλικία των χειρουργημένων από γεροντικό καταρράκτη
στην Ελλάδα

Είναι γνωστό πως ο γεροντικός καταρράκτης είναι η συχνότερη χειρουργική πάθηση των οφθαλμών.

Από μία μελέτη που έγινε στην οφθαλμολογική κλινική του νοσοκομείου " Η ΠΑΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ" την τελευταία 20ετία (1963 - 1981) βρέθηκε ο συνολικός αριθμός των χειρουργημένων από καταρράκτη ,ήταν 7.852. Στη μελέτη έχουν περιληφθεί όλες οι περιπτώσεις προγεροντικού καταρράκτη μόνο που έχουν αποκλειστεί εκείνοι που οφείλονται σε:

- α. σε συγγενή αιτία
- β. προηγηθείσες επεμβάσεις π.χ. οι συριγγοποιητικές
- γ. τραύμα
- δ. συστηματική χρήση αντιγλαυκωματικών φαρμάκων και
- ε. σε παθήσεις του οφθαλμού που μπορεί να οδηγήσουν σε καταρράκτη.

Βέβαια ο αριθμός αυτός των χειρουργημένων αποτελεί δείγμα αντιπροσωπευτικό του Ελληνικού Πληθυσμού, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί προέρχονται τόσο από τα μεγάλα αστικά κέντρα,όσο και από τις επαρχίες. Έτσι από τους 7.852 χειρουργημένους,οι 3.639 ήταν άνδρες και 4213 γυναίκες,δηλ. ποσοστό 46,35% άνδρες και 53,65% γυναίκες και κατανέμονται από πλευράς ηλικίας από 40-101 ετών.

Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η συχνότερη ηλικία εγχει-

ρήσεως του γεροντικού καταρράκτη στην Ελλάδα είναι το 70ο έτος της ηλικίας τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι το 15% που χειρουργούνται από καταρράκτη έχουν ηλικία κάτω των 60 ετών.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Σε όλους τους τύπους του καταρράκτη, αλλά ιδιαίτερα στον πυρηνικό καταρράκτη, ο ασθενής βλέπει καλύτερα σε αδύνατο παρά σε δυνατό φως. Η κόρη τότε διευρύνεται και μπορεί να βλέπει παρακάμπτοντας την κεντρική θόλωση του πυρήνα.

Σε φλοιώδη καταρράκτη, η διάχυτη διάθλαση του φωτός προκαλεί θάμπωμα την ημέρα, όπως δηλ. θαμπώνει τον οδηγό τη νύχτα το λερωμένο μπροστινό τζάμι του αυτοκινήτου, όταν οι πιτσιλιές σκεπάζουν διάχυτα το φως των προβολέων των οχημάτων που έρχονται από το αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας. Γι' αυτό ο ασθενής για να προσυλλάσσεται από το φως της ημέρας, που τον ενοχλεί ιδιαίτερα, φορά καπέλο και επιπλέον γυαλιά ηλίου.

Οι θολώσεις, σαν ακτίνες τροχού και οι διαυγείς σχισμές του φλοιού αυξάνονται βαθμιαία με τα χρόνια. Παρουσιάζονται επίσης και αντόματες αλλά παροδικές αναστολές της εξέλιξης που φαίνονται σαν μικρές βελτιώσεις. Αυτές δίνουν θεραπευτικά αποτελέσματα, αν κατά σύμπτωση χρησιμοποιήθηκε ένα από τα πολλά φάρμακα που στην πραγματικότητα δεν προσφέρουν καμιά ασφάλεια.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Μετά την εξωθητική αιμορραγία, η απώλεια του υαλοειδούς, στην εγχείρηση του καταρράκτη αποτελεί τη σοβαρότερη μετεγχειρητική επιπλοκή των μορφολογικών μεταβολών που παθαίνει το έκτοπο υαλοειδές, σαν συνέπεια της επαφής του με ξένους προς αυτό ιστούς του εμπλουτισμού του με έμμορφα στοιχεία.

Αποτέλεσμα αυτών είναι να ακολουθούν δευτερογενείς επιπλοκές που θέτουν σε κίνδυνο τη λειτουργικότητα του οφθαλμού. Αυτές είναι.

1. Υψηλός αστιγματισμός
2. Φυσαλλιδώδης κερατοπάθεια
3. Λοίμωξη
4. Ίνώδης υπερπλασία
5. Μόλυνση του τραύματος και ενδοφθαλμίτιδα
6. Πρόπτωση της ίριδας
7. Κορεκτοπία
8. Χαλινοί έλξεως από ινοπλασία
9. Δευτεροπαθές γλαύκωμα
10. Κυστικό οίδημα ωχράς και οίδημα θηλής
11. Θολώσεις υαλοειδούς
12. Αιμορραγίες υαλοειδούς
13. Εξωθητική αιμορραγία
14. Ίνώδης εξαλλαγή του υπολοίπου υαλοειδούς
15. Αποκόλληση του αμφιβληστροειδή
16. Ρήξη του αμφιβληστροειδή

17. Δικτυωτή εκφύλιση του αμφιβληστροειδή
18. Χρόνια ραγοειδίτις
19. Γλαύκωμα

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι ΑΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από την εποχή του BRISSEAU¹ το 1709, που υποστήριζε ότι ο καταρράκτης οφείλεται στη θόλωση του φακού, οι προσπάθειες των ερευνητών, όπως ήταν λογικό στράφηκαν προς δύο θεραπευτικές κατευθύνσεις: τη χειρουργική θεραπεία με το DANIEL (1753) και τη συντηρητική με τον SCHOEN (1887-1889)

Η συντηρητική θεραπεία του καταρράκτη στηρίχθηκε κυρίως στα βιοχημικά ευρήματα. Εάν μερικά συστατικά του φακού είχαν βρεθεί σε ελαττωμένο ποσοστό απ'ότι φυσιολογικά γίνονταν προσπάθεια αναπλήρωσής των χρησιμοποιώντας θεραπευτικές αντίστοιχες ουσίες. Καταλαβαίνει κανείς γιατί η συντηρητική θεραπεία του καταρράκτη, άλλαζε κατά περιόδους, ανάλογα με τις δοξασίες των βιοχημικών.

Μια άλλη ιδιομορφία της συντηρητικής θεραπείας του καταρράκτη είναι ότι συνήθως το προτεινόμενο φάρμακο, δεν αποσκοπεί στην επαναφορά στο φυσιολογικό του

1. VOLTGANG LEYDHECKER

Οφθαλμολογία - 21η έκδοση

Πρόλογος - Επιμέλεια - Μετάφραση: Μανώλης Μπεχράκης

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας σελ. 254

θολωμένου φακού, αφού αυτό σύμφωνα με τους κανόνες της βιολογίας είναι αδύνατο, αλλά στο να εμποδίσει το σχηματισμό θολώσεων ή στο να τις σταματήσει ή να τις καθυστερήσει.

Χρήσιμο είναι να κάνουμε μία αναδρομή και να δούμε από ποια στάδια πέρασε η συντηρητική θεραπεία του καταρράκτη.

Προς το τέλος του περασμένου αιώνα ο SCHÖEN² υποστήριξε ότι κύρια της θόλωσης του φακού είναι η προσαρμογή και επομένως η συντηρητική θεραπεία του θα είναι η σωστή διόρθωση του οφθαλμού.

Το επόμενο στάδιο της συντηρητικής θεραπείας του καταρράκτη ήταν η χρησιμοποίηση ανόργανων ουσιών όπως Κ, CA, MG, HG, με τη μορφή αλάτων όπως ιωδιούχων και άλλων. Χρήση ιδιοσκευασμάτων με τέτοιες ουσίες γίνεται και σήμερα.

Στις αρχές του αιώνα μας αναπτύχθηκαν δύο άλλες μέθοδοι θεραπείας του καταρράκτη: η ανοσοθεραπεία από το ROMER³ (1905-1914) και η αρμονική θεραπεία από τον SIEGRIST⁴ (1902)

Η πρώτη βασίστηκε στη θεραπεία που θέλει τον καταρράκτη αυτοανοσοποιητική νόσο οφειλόμενη στις λεγόμενες

2,3,4 VOLGANG LEYDHECKER

Οφθαλμολογία - 21η έκδοση

Πρόλογος - Επιμέλεια - Μετάφραση: Μανώλης Μπεχράκης

Καθηγητής Οφθαλμολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας - σελ. 255-256

φαγοτοξίνες. Η χορήγηση λευκωμάτων του φακού θα εξουδε-
τέρωνε τις τοξίνες αυτές. Στην ορμονική θεωρία, ως θερα-
πεία χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν όλες οι ορμόνες (ινσουλίνη,
παρωτίνη και συχνά κορτικοστεροειδή).

Επόμενη περίοδος ήταν η θεραπεία με βιταμίνες όπως
B1, B2, D, A, E και P. Σκευάσματα τέτοιου είδους χρησι-
μοποιούνται μέχρι και σήμερα. Το ενδιαφέρον των ερευνη-
τών κέρδισε περισσότερο το ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C).

Στην περίοδο 1955-1957 αναπτύχθηκε και η θεωρία της
καταρρακτιγόνου δράσεως κινυνών από τους URGINO⁵. Η θεωρία
αυτή δεν επιβεβαιώθηκε.

Αποτέλεσμα εκτεταμένων πειραματικών μελετών σχετικά
με την έρευνα μηχανισμών που οδογούν σε θόλωση του φακού
δείχνουν ότι υπάρχουν ποικίλες δυνατότητες που θα ήταν
δυνατόν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική για την συντηρητική
αντιμετώπιση του καταρράκτη.

Πολλές προσπάθειες έγιναν και γίνονται για τη βελτί-
ωση του ενεργειακού ισοζυγίου στον γεροντικό καταρράκτη,
και έχουν δοκιμασθεί για το σκοπό αυτό πειραματικά πρό-
τυπα με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Όπως αντιλαμβάνεται κανείς, τη βάση της θεραπείας
αυτής, αποτελεί η βαθιά γνώση του βιοχημικού μηχανισμού

5. VOLGANG LEYDHECKER

Οφθαλμολογία - 21η έκδοση

Πρόλογος - Επιμέλεια - Μετάφραση: Μανώλης Μπεχράκης

Καθηγητής Οφθαλμολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας σελ. 255-256

που οδηγεί στη θόλωση και μέχρι σήμερα βρισκόμαστε ακόμη μακριά από το τέρμα. Θα χρειαστεί πολύς χρόνος και δουλειά, πριν το πειραματικό στάδιο δώσει την θέση του στην κλινική εφαρμογή μεθόδων για τη συντηρητική θεραπεία του καταρράκτη.

Γενικά, τα φάρμακα στις διάφορες μορφές καταρράκτη και κυρίως στον γεροντικό δεν ωφελούν τον ασθενή, παρά μόνο τον κατασκευαστή και τον φαρμακοποιό.

Ο ασθενής στην αρχή παρηγοριέται, μετά όμως όταν διαπιστώνει ότι το φάρμακο δεν τον βοηθάει, χάνει την εμπιστοσύνη του στο γιατρό. Καλύτερα να τον πει κανείς, αμέσως την πραγματικότητα, ότι, όταν δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί στις δραστηριότητές του και τις ανάγκες του, πρέπει να χειρουργηθεί.

B ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

1. ΣΧΑΣΗ

Σε παιδιά και νέους μέχρι 25 περίπου χρόνων σχίζουμε με τη βελόνα σχάσης το πρόσθιο περιφάκιο. Το υδατοειδές υγρό εξοιδαίνει τις ίνες του φακού. Αυτές ή απορροφούνται από μόνες τους ή αφαιρούνται μετά από τομή με λόγχη. Η ενδοπεριφακική εγχείρηση δεν συνιστάται γιατί το υαλοειδές σώμα σ' αυτήν την ηλικία είναι στερεά κολλημένο στο φακό. Μπορούμε αργότερα να σχίσουμε το δευτερογενή καταρράκτη με βελόνα σχάσης ή να κόψουμε μ' ένα λεπτό φαλίδι.

2. ΕΞΩΠΕΡΙΦΑΚΙΚΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

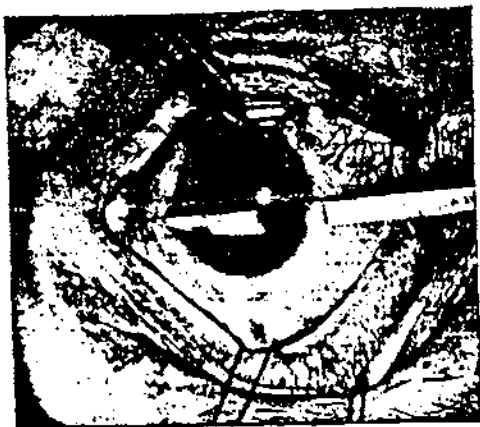
Μετά από παρασκευή κρημνού επιπεφυκότα, ανοίγουμε τον πρόσθιο θάλαμο στο σκληροκερατοειδικό όριο, απομακρύνουμε ένα κατά το δυνατό μεγάλο τμήμα του περιφάκον με οδοντωτή λαβίδα, αφαιρούμε τον πυρήνα και όσο μπορούμε πιο πολύ φλοιό με ελαφρά μάλαξη προς τα έξω και κλείνουμε το σκληροκερατικό τραύμα με ραφές. Πλεονεκτήματα: ο κίνδυνος της απώλειας του υαλοειδούς σώματος είναι πολύ μεγάλος, γιατί το οπίσθιο περιφάκιο παραμένει.

Μειονεκτήματα: δευτερογενής καταρράκτης που συχνά απαιτεί δεύτερη εγχείρηση. Με την εξωπεριφακική εγχείρηση γίνεται τοποθέτηση ενδοφακού οπισθίου θαλάμου.



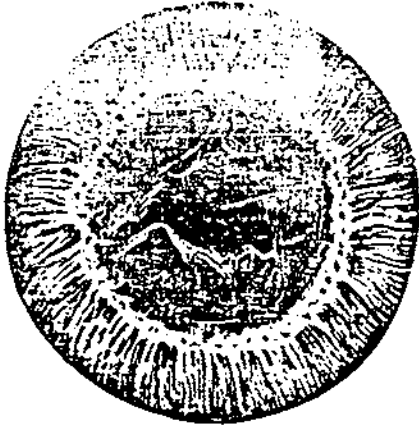
Σχάση ενός δευτερογενούς καταρράκτη.

Αφαίρεση των εξοιδημένων
μαζών του φακού μετά από
σχάση με τομή λογχοειδούς
μαχαιριδίου .



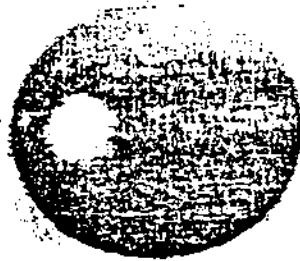
Ενδοπεριφακική εξαίρεση του
καταρράκτη .

Σχάση δευτερογενούς καταρράκτη .



Ελευθερο
ανοιγμα
μεταξυ
προσθιου
θαλαμου
και
υαλοειδους
σώματος

Υπεξάρθημα του φακού .
Ο ισημερινός του φακού
φαίνεται στο μέσο της κόρης .



3. ΕΝΔΟΠΕΡΙΦΑΚΙΚΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

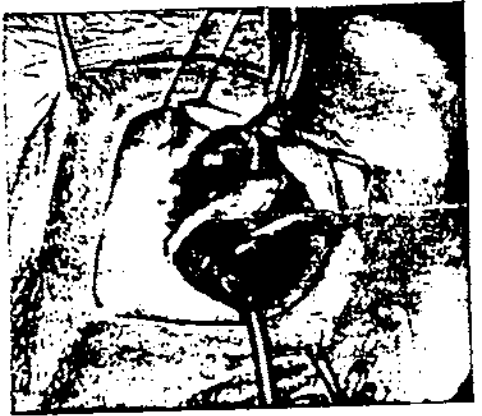
Ο φακός απομακρύνεται εξ ολοκλήρου μέσα στο περιφάκιο. Είναι απαραίτητη μια μεγαλύτερη σκληροκερατική τομή απ'ότι σε εξωπεριφακική αφαίρεση, που πρέπει να κλείνεται πάντοτε με ραφή. Εάν το περιφάκιο σπάσει κατά την αφαίρεση, εγχειρίζουμε όπως με την εξωπεριφακική μέθοδο. Η εγχείρηση είναι δυσκολότερη απ'ότι η εξωπεριφακική.

Με τη μέθοδο αυτή τοποθετείται ενδοφακός προσθίου θαλάμου.

Φακοθρυψία

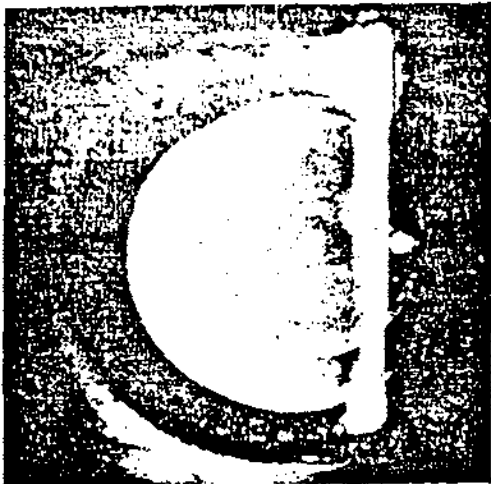
Ο φακός θρυματίζεται με συσκευή υπερήχων και ταυτόχρονα γίνεται αναρρόφηση ενώ την ίδια στιγμή γίνεται έγχυση διασπής μέσα στο μάτι, προκειμένου να διατηρείται η πίεση σταθερή.

Η μέθοδος αυτή προτιμάται, όταν ο σκληρός πυρήνας δεν είναι τόσο μεγάλος και όταν μπορούμε να βάλλουμε ενδοφακό οπίσθιου θαλάμου εφόσον υπάρχει καθαρό περιφάκιο.



Ενδοπεριφανική εξαίρεση .

Τεχνητός φακός στο πρόσθιο
θάλαμο .



Τεχνητός φακός στον οπίσθιο θάλαμο .



Τοποθέτηση τεχνητού φακού .

Κλείσιμο σκληροκερατοειδικής
τομής με λεπτά νάυλον ράμματα.



Η ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η γενική υγεία των αρρώστων που πρόκειται να υποβληθούν σε εγχείρηση καταρράκτη μας προβληματίζει αρκετές φορές.

Υπάρχουν επεισόδια SHOCK κατά τη διάρκεια της εγχείρησης από τη στιγμή που αρχίζει η αναισθησία ή επιπλοκές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των αρρώστων μετά την εγχείρηση.

Επιπλοκές, μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι αρκετά σοβαρές, ώστε να οδηγήσουν, εντυχώς σπάνια και στην απώλεια ακόμη του αρρώστου.

Η γνώση της γενικής κατάστασης του αρρώστου είναι απόλυτα απαραίτητη αφενός μεν γιατί δε νοείται εγχειρητική πράξη, χωρίς γνώση της γενικής υγείας του αρρώστου, αφετέρου δε, γιατί έτσι μόνο μπορεί να μειωθεί στο ελάχιστο ο κίνδυνος γενικών επιπλοκών και να εξασφαλισθεί περισσότερο το εγχειρητικό αποτέλεσμα.

Με το πνεύμα αυτό, από τις διάφορες γενικές παθήσεις που μας απασχολούν συχνά, μπορούμε να ξεχωρίσουμε ιδιαίτερα: το σακχαρώδη διαβήτη, τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, την υπέρταση, τις παθήσεις των πνευμόνων, τις ψυχικές παθήσεις, την πάθηση του προστάτη, τις παθήσεις του αίματος, ιδιαίτερα, με αιμορραγική διάθεση και ορισμένες παθήσεις των νεφρών.

Σήμερα, στην εγχείρηση του καταρράκτη, χρησιμοποιείται η τοπική αναισθησία.

Εγχείρηση καταρράκτη

Σκοπός της εγχείρησης είναι η αφαίρεση του δολωμένου φακού. Στα παιδιά και στους νέους η εγχείρηση γίνεται με γενική νάρκωση ενώ στους ηλικιωμένους με τοπική αναισθησία.

SET ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

1. Βελονοκάτοχο
2. Λαβίδα σύλληψης άνω ορθού
3. Λαβίδες ανατομικές
4. Χειρουργικό μαχαιρίδιο
5. Ψαλίδι κυρτό
6. Προσπλωτική λαβίδα
7. Λογχοειδές μαχαιρίδιο
8. Ψαλίδι επέκτασης της κερατικής τομής 4%,7%,8%
9. Ιριδολαβίδα
10. Ιριδοσπάθη
11. Ιριδοφαλίδα
12. Άγκιστρο στραβισμού
13. Φακολαβίδα
14. Λαβίδα περιφακίου
15. Άγκιστρο τύπου SNELLEN
16. Λαβίδα κερατοειδούς
17. Βελόνες πλύσεως
18. Βελόνα στήριξης

19. Ράμματα μέταξης
20. Λαβίδες ραμμάτων
21. Ψαλίδι ραμμάτων
22. Κυστεοτόμος
23. Άγκιστρο καυτηρίωσης.

Εκτός των εργαλείων αυτών χρειάζονται για μεν την ενδοπεριφακική εξαίρεση του φακού συσκευή κρυοπηξίας με κατάλληλο κρυόδιο, για τη δε εξωπεριφακική εξαίρεση συσκευή πλύσεως - αναρροφήσεως με τις κατάλληλες βελόνες η συσκευή φακοθρυψίας ανάλογα με την τεχνική του χειρουργού οφθαλμιάτρου. Η εγχείρηση γίνεται με τη χρησιμοποίηση χειρουργικού μικροσκοπίου.

Η εγχείρηση διαρκεί περίπου 30 λεπτά. Η επέμβαση δεν προκαλεί πόνο. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούμε όλο και συχνότερα γενική νάρκωση με αλοθάνη - πρωτοξείδιο του αζώτου.

Τις περισσότερες φορές, το χειρουργημένο μάτι παραμένει δεμένο 8 μέρες. Μετά βγάζουμε τον ασθενή από το νοσοκομείο δίνοντάς του καταρρακτικά γυαλιά.

Δεν χειρουργούμε τα δυο μάτια ταυτόχρονα, αλλά περιμένουμε για το δεύτερο μάτι περίπου μια εβδομάδα. Εάν πάσχει το ένα μάτι τότε πρέπει να το χειρουργήσουμε με τοποθέτηση ενδοφακού ή φακού επαφής.

Με τις σύγχρονες εξελίξεις της χειρουργικής τεχνικής, η εγχείρηση καταρράκτη επιτυγχάνει γύρω στο

98% χωρίς σοβαρές επιπλοκές. Χειρουργούμε κάτω από το μικροσκόπιο με μικροχειρουργικά εργαλεία και ράβουμε με πολύ λεπτό μεταξι ή με λεπτό νάυλον ράμμα πάχους 30μ. Για να αποφύγουμε τη ρήξη του περιφακίου κατά την εξαέρωση χρησιμοποιήθηκε καλύτερα βεντούζα και αργότερα στυλεός με φύξη στους -30° C που μέσα σε μερικά δευτερόλεπτα προκαλεί μία παγωμένη μπάλλα στο φακό. Αυτή είναι σήμερα η μέθοδος εκλογής και έτσι επιτυγχάνεται πιο συχνά η ένδοπεριφακική αφαίρεση.

ΟΠΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η οπτική διόρθωση της μονοφθαλμίου αφακίας ήταν και παραμένει ένα δύσκολο πρόβλημα. Ο αριθμός και η ποικιλία των διαφόρων τρόπων επιλύσεως αυτού του προβλήματος που είτε δοκιμάσθηκαν στο παρελθόν είτε βρίσκονται στο πειραματικό στάδιο, κατά το παρόν, αποτελούν την καλύτερη μαρτυρία για τη διδασκαλία και το μέγεθος του προβλήματος.

Το πρόβλημα των αφάκων ασθενών, ως προς αυτή τη διαθλαστική διόρθωση της οπτικής οξύτητας έχει κατά καιρούς αντιμετωπισθεί με διάφορους τρόπους, όπως διορθωτικά γυαλιά, μαλακού και σκληρού φακού επαφής, ενδοφθάλμιοι ψευδοφακοί.

Τα γυαλιά έχουν δοκιμασθεί κατά το παρελθόν με απογοητευτικά αποτελέσματα λόγω της ανισοεικόνας, διπλωπίας και λοιπών προβλημάτων που δημιουργούν και γενικά θεωρούνται σαν απαράδεκτα. Υπάρχει μόνο ένας πολύ περιορισμένος αριθμός αρρώστων, οι οποίοι μπορούν να αποδεχτούν τη λύση αυτή.

Για να συνηθίσει ο ασθενής τα καταρρακτικά γυαλιά του χρειάζεται ένας περιορισμένος χρόνος γιατί μ' αυτά τα αντικείμενα φαίνονται μεγαλύτερα και ως εκ τούτου πλησιέστερα. Γράφουμε καταρρακτικά γυαλιά στον άρρωστο όσο το δυνατό νωρίτερα, για να μπορεί να τα συνηθίσει.

Σε μονόπλευρη αφακία και σε καλή οπτική οξύτητα του άλλου αφθαλμού δεν επιτρέπεται να γράφουμε καταρ-

ρακτικά γυαλιά, γιατί μια διαθλαστική διαφορά 11 διοπτριών δε γίνεται ανεκτή λόγω του άριστου μεγέθους του ειδώλου στον αμφιβληστροειδή.

Οι διαφορετικού μεγέθους εικόνες δε μπορούν να ταυτισθούν.

Αυτό είναι δυνατό, αν φορεθεί φακός επαφής που ελαστικοποιεί την ανισοεικονία χωρίς ενοχλήματα και αυτοί είναι οι λεγόμενοι φακοί επαφής συνεχούς χρήσεως.

Ο φακός πρέπει να βγαίνει το βράδι, να φοριέται το πρωί και επιπλέον χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα.

Έτσι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς από τη χρήση των φακών επαφής, είναι κυρίως προβλήματα τοποθετήσεως και αφαιρέσεως του φακού επαφής από τον οφθαλμό. Αυτά βέβαια παρατηρούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς, τα μικρά παιδιά παρουσιάζουν μια αυξημένη τάση να τρίβουν τα μάτια τους και να χάνουν τους φακούς τους.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, πολλοί από τους αφάκους ασθενείς οι οποίοι θα όφειλόταν από φακό επαφής, να αδυνατούν να τον χρησιμοποιήσουν ή να αναγκάζονται να τον εγκαταλείπουν.

Για την περίπτωση αυτή κατασκευάσθηκαν υδρόφιλοι φακοί διαρκούς χρήσεως αλλά και επικίνδυνοι είναι για τον οφθαλμό και δεν λύνουν το πρόβλημα του υψηλού συνήθως μετεγχειρητικού αστιγματισμού.

Επίσης, επειδή δεν υπάρχει αρκετή εμπειρία δεν

συνιστάται από τους κατασκευαστές η χρήση τους σε ρουτίνα. Ο χρόνος εφαρμογής των φακών επαφής εξαρτάται από την τεχνική της εγχείρησης και από την κατάσταση του οφθαλμού. Πάντως δε μπορεί να είναι μικρότερος από τρεις βδομάδες από την εγχείρηση.

Οι LOWTHER και ο BIER πρότειναν ορισμένα κλινικά σημεία σαν οδηγό του χρόνου εφαρμογής, που επισημαίνονται κυρίως με τη βιομικροσκοπηση.

Τα σημεία αυτά είναι:

- α. Ο οφθαλμός δεν πρέπει να φλεγμαίνει
- β. Η τομή να έχει επουλωθεί
- γ. Ο κερατοειδής να μην προσλαμβάνει χρωστική
- δ. Η καμπυλότητα του κερατοειδή και η διάθλαση να παραμένουν σταθερές το λιγότερο για τρεις βδομάδες.

Ο τύπος του φακού επαφής εξαρτάται από την ανατομική κατασκευή του οφθαλμού, την τεχνική της εγχείρησης, τον αστιγματισμό και την ανεκτικότητα του οφθαλμού στο φακό επαφής.

Οι συνήθεις φακοί επαφής μαλακοί και σκληροί, εφόσον δεν υπάρχουν άλλες βλάβες και γίνεται σωστή συντήρηση αυτών, προσφέρουν στους ασθενείς όραση που είναι ποιοτικά και ποσοτικά φυσιολογική.

Σήμερα έχει ανακαλυφθεί ο φακός από πλαστική ύλη που μετά την αφαίρεση του φακού τοποθετείται μέσα στο μάτι κατά την εγχείρηση και στερεώνεται στην ίριδα με θηλιές. Αυτοί οι φακοί ενδείκνυνται σε μονόπλευρη

απώλεια του φακού και σε ηλικιωμένους ανάπηρους ή άτομα με έντονο τρόπο των χεριών σε ιδιαίτερες επαγγελματικές ανάγκες, σε αμφοτερόπλευρο καταρράκτη π.χ. πιλότους, ναυτικούς, οδηγούς, μηχανικούς, γιατρούς.

Σημασία έχει επίσης και η επιθυμία του ασθενή μετά από ενημέρωση του γιατρού. Αντενδείκνυνται σε παθολογικές μεταβολές της ίριδας (έντονη ατροφία της ίριδας, νεοπλασία αγγείων στην ίριδα) το γλαύκωμα, η υψηλή μυωπία, οι χρόνιες φλεγμονές της ίριδας.

Σήμερα τοποθετούνται ενδοφθάλμιοι φακοί σ' όλο το κόσμο. Μόνο από μερικά μπορούμε να εκτιμήσουμε οριστικά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Η τοποθέτηση ενδοφακού φαίνεται από όσα μπορούμε να κρίνουμε μέχρι στιγμής, ότι είναι η καλύτερη λύση.

Πρόγνωση

Όταν ενδείκνυνται η χειρουργική επέμβαση, η εξαίρεση των φακών συνεπάγεται βελτίωση της οπτικής οξύτητας στο 95% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις είτε υπάρχει βλάβη του αμφιβληστροειδή είτε εμφανίζονται μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως γλαύκωμα, αιμορραγία, αποκόλληση του αμφιβληστροειδή ή λοίμωξη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η αρρώστεια δεν είναι βιολογικό γεγονός αλλά και ψυχολογικό και κοινωνικό. Προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, επιδρά στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, επηρεάζει την συμπεριφορά και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Η ασθένεια, ανεξάρτητα από τη διάγνωση, αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο με ποικίλους τρόπους. Κατά την πρώτη εισβολή της, η αρχική αντίδραση του αρρώστου είναι ο φόβος: ο φόβος του άγνωστου και του απροσδόκητου, φόβος του έντονου πόνου, φόβος των επιπλοκών.

Η ασθένεια υποχρεώνει τον άνθρωπο να διακόψει την εργασία του, να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητές του και να περιορίσει την προσοχή και το ενδιαφέρον στον εαυτό του. Γίνεται εγωκεντρικός, προκατειμεμένος. Παρουσιάζεται απαιτητικός και αγχώσης.

Όταν ο άνθρωπος αρρωσταίνει, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλητικά και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειά του. Δοκιμάζει και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων, που πρέπει να κατανοηθούν και να αντιμετωπισθούν για την καλύτερη νοσηλεία και θεραπεία του.

Κανένας σχεδόν άρρωστος δεν έρχεται στο νοσοκομείο χωρίς ένα βαθμό άγχους.

Την ψυχική κατάσταση του αρρώστου περιγράφει η SUZANNE FOUCHÉ ως εξής¹.

1. Βασική Νοσηλευτική Δρ Αφροδίτη Χρ. Ραγιά σελ 55

"Ο άρρωστος υποφέρει για ό,τι έχει αφήσει πίσω. Οι ευθύνες του, οι υποχρεώσεις του, τα βάρη του επαγγέλματός του, πάνε να δημιουργήσουν αγωνία μέσα του και να σταματήσουν το βλέμμα του στο κερλεθρόν, το τήσο κηπιγλή εβί- άλλου που συγγέεται ακόμη με το παρόν.

Η λύπη για όλα όσα δεν πραγματοποίησε ή δεν τελείωσε, η συνείδηση της ανεπάρκειάς του, τον ταραύσσουν πιο πολύ τώρη, τον κηπιρό της αδρόνυγής, κηπιό τότε που κηπιόκλειαν πάνω στη μέση της δουλειάς."

Ο νοσηλευτής ανακοινφύζει τον άρρωστο από όλα αυτά με τους εξής τρόπους:

1. Διαθέτει χρόνο για να ακούσει τι εκφράζει ο ασθενής
2. Νοσηλεύει κάθε άρρωστο σαν σημαντικό πρόσωπο και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματά του
3. Βοηθάει τον άρρωστο να καταλάβει την οφέλεια της νοσηλείας και της θεραπείας στο νοσοκομείο
4. Μεταδίδει στον ασθενή χρήσιμες γνώσεις που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις ειδικές εξετάσεις θεραπείας και επεμβάσεως
5. Δημιουργεί ευκαιρίες για τον ασθενή, ώστε να ρωτά και να λύνει τις απορίες του
6. Διευκολύνει τις επίσκεψεις συγγενών και φίλων στον άρρωστο, εξασφαλίζει μέσα απασχολήσεως και πάντοτε συμπεριφέρεται προς αυτόν με κηπιωπικό ενδιαφέρον και κηπιγιά ευγένεια.

Η αντίδραση κάθε άρρωστου είναι συνήθως συνάρτηση του είδους της νόσου. Στην προκειμένη περίπτωση που η

νόσος θεραπεύεται, ο ασθενής αντιδρά αποφασιστικά, έχοντας στο νού, από τη μια τις ενοχλήσεις της νόσου κι από την άλλη τη βέβαιη θεραπεία της.

Οι φυσικές ανάγκες όπως η ανάπαυση, ο ύπνος επηρεάζουν την συμπεριφορά του αρρώστου και κατευθύνουν τους μηχανισμούς, οι οποίοι διατηρούν υπέρ του ευνοϊκού περιβάλλον του οργανισμού. Η δύναμη των αναγκών αυτών είναι μεγάλη και αν δεν ικανοποιηθούν υπερισχύουν στη σκέψη του ατόμου.

Η ανάπαυση χρειάζεται στον άνθρωπο για τη γενική υγεία και ευεξία του. Η σωματική ανάπαυση του αρρώστου εξαρτάται από την ικανότητα του νοσηλευτή να προλαμβάνει τις ανάγκες του, να εκτελεί τις νοσηλείες με δεξιότητες, να του δίνει αναπαυτική θέση.

Να του διδάσκει αποτελεσματικούς τρόπους αναπαύσεως και να δημιουργεί περιβάλλον ήσυχο, καθαρό και άνετο.

Ανάπαυση σωματική και ψυχική που συμβάλλει στην ανάρρωση όσο και η επίδραση των φαρμάκων.

Αν ο ύπνος, ο καλός ύπνος θεωρηθεί συγκάτοικος της υγείας, τότε είναι αυτονόητη η σημασία του στη διάρκεια της νοσηλείας. Αυστηρώς όμως και αυτός είναι συνάρτηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή καθώς και της σωματικής (πόνος).

Ο ύπνος του αρρώστου είναι βασική ανάγκη ζωτικής σημασίας και η εκπλήρωσή της αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη.

Ο νοσηλευτής με την εφευρετική αγάπη, το θερμό προσωπικό ενδιαφέρον, την "καλή τέχνη" και την επιστημονική του μόρφωση, μπορεί πολλά να πετύχει, ώστε η μέριμνα για την ανάκαυση και τον ύπνο του αρρώστου να αποτελεί συνδεδειγμένο κρίκο, αληθινή διάσταση της ολοκληρωμένης νοσηλείας του.

Δεν υπάρχει άρρωστος που να μην έχει νιώσει στη διάρκεια της ασθένειάς του απογοήτευση και απομόνωση, άγχος και αποθάρρυνση λόγω άγνοιας, προκαταλήψεως, παρανοήσεως για το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς του.

Για να μπορούμε να πούμε όμως, πως η κάλυψη των παραπάνω φυσικών και συναισθηματικών αναγκών είναι καθοριστική στην πορεία της ανάρρωσης πρέπει ο νοσηλευτής να παίξει τον πρωτεύοντα ρόλο. Ο νοσηλευτής με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία βοηθάει τον άρρωστο να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει θάρρος και εμπιστοσύνη.

Η δημιουργία και η διατήρηση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και ευθύνης όλων των νοσηλευτών.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η εξασφάλιση καθαρού αέρα, η διατήρηση κατάλληλης υγρασίας και θερμοκρασίας η εξουδετέρωση κακοσμιών.

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι το λαμπερό

και έντονο φως μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και νευρικήτητα στον άρρωστο γι' αυτό και αντενδείκνυται σε οφθαλμολογικούς αρρώστους. Καλύτερος είναι ο πλάγιος φωτισμός.

Άλλο καθήκον του νοσηλευτή είναι όσο το δυνατόν περιορισμός του θορύβου κυρίως κατά τις ώρες κοινής ησυχίας και ανάπαυσης.

Συγκεκριμένα η FLORENCE NIGHTINGALE² έλεγε ότι "οι περιττοί θόρυβοι στο νοσοκομείο μαρτυρούν τη σκληρότερη απουσία φροντίδας για τους ασθενείς.... Οι περιττοί θόρυβοι ενοχλούν τους ασθενείς περισσότερο από τους αναγκαίους που δυνατόν να είναι εντονότεροι... Το τρίξιμο της θύρας του θαλάμου και τα θορυβώδη τακούνια της νοσηλεύτριας μπορούν να ενοχλήσουν και να βλάψουν τον άρρωστο περισσότερο από την ωφέλεια που θα του προσφέρουν όλα τα φάρμακα του κόσμου....".

Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες βρίσκεται ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή τόσο στην προεγχειρητική όσο και στην μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα διακρίνεται:

- α) στην προεγχειρητική
- β) στην μετεγχειρητική

Στην προεγχειρητική φροντίδα υπάγεται και η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά την ημέρα της επέμβασης.

Προεγχειρητική φροντίδα: είναι το σύνολο εκείνων των διαδικασιών προ της εγχείρησης, μέχρι να πάει ο άρρωστος στο χειρουργείο.

Με την άφιξη του ασθενή στη νοσηλευτική μονάδα ειδοποιείται η προϊσταμένη ή η υπεύθυνη του τμήματος οι οποίες τον υποδέχονται εγκάρδια και τον βοηθούν να τοποθετηθεί στο καθαρό και στρωμένο κρεβάτι του. Το εισιτήριο εισαγωγής του αρρώστου και οι γραπτές οδηγίες δίνονται στην Προϊσταμένη.

Η προϊσταμένη συστήνει στην Νοσηλεύτρια και στους ασθενείς του θαλάμου. Η νοσηλεύτρια παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία του ασθενή και ετοιμάζει τον ατομικό του φάκελο με το θερμομετρικό διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο κ.λ.π. Στη συνέχεια δίνει στον άρρωστο τις παρακάτω απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες και εξηγήσεις:

1. Τρόπος για την πρόκληση του νοσηλευτή.
2. Ώρες επισκεπτηρίου.
3. Διεύθυνση του ιδρύματος.
4. Αριθμός τηλεφώνου του νοσοκομείου. Και τρόπος συνδέσεώς του με τη νοσηλευτική μονάδα.
5. Επεξήγηση του προγράμματος του νοσοκομείου.
 - Ώρα πρωϊνού ξυπνήματος και θερμομέτρησης

- Ώρα προγεύματος, γεύματος και δείπνου
- Ώρα ιατρικής επίσκεψης
- Ώρα βραδινής και μεσημεριανής ησυχίας του θαλάμου
- Εφόσον ο ασθενής είναι περιπατητικός γίνεται ξενάγηση στους χώρους της νοσηλευτικής μονάδας δηλ. ο νοσηλευτής του δείχνει :
 - τους βοηθητικούς χώρους (λουτρό, τουαλέτα)
 - γραφείο προϊσταμένης και των νοσηλευτών
 - αίθουσα αναμονής
 - τηλέφωνο και τρόπος χρήσεώς του

Η νοσηλεύτρια τακτοποιεί τα ατομικά είδη του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και την παραλαβή και τακτοποίηση του αρρώστου, παράλληλα με την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης προσπαθεί να εκτιμήσει τις δυσκολίες προσαρμογής στο νοσοκομείο, αντιδράσεις στην ασθένεια. Η εμφάνιση νευρικότητας, απογοήτευσης, μελαγχολίας δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητα από την νοσηλεύτρια αλλά να τα αντιλαμβάνεται και να ενημερώνει την προϊσταμένη και με τη βοήθειά της και τη συμπάρσταση του ιατρού να καταβάλει προσπάθεια να τονωθεί ο άρρωστος.

Αφού ολοκληρωθεί η τακτοποίηση και η ενημέρωση του αρρώστου, δίνονται από τον νοσηλευτή στους συνοδούς πληροφορίες σχετικά με το επισκεπτήριο, τον τρόπο τηλεφωνικής ενημερώσεώς τους, για την κατάσταση του ασθενούς.

νή και ο ίδιος παίρνει από αυτούς πληροφορίες που του είναι χρήσιμες.

Με την είσοδο του αρρώστου στην νοσηλευτική μονάδα γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις που περιέχουν γενική ούρων, γενική αίματος, προσδιορισμό αιμοσφαιρίνης, σάχαρο αίματος, ΤΚΕ, ουρία, κρεατινίνη, ΗΚΓ και ακτινογραφία θώρακος.

Η νοσηλεύτρια για κάθε εξέταση πρέπει να γνωρίζει:

- τον σκοπό για τον οποίο γίνεται
- τον τρόπο προετοιμασίας του αρρώστου
- τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση
- τα αντικείμενα ή όργανα που είναι απαραίτητα για την εξέταση
- τον τρόπο λήψης του προς εξέταση δείγματος
- το απαιτούμενο δοχείο για το ληφθέν δείγμα
- την ενδεικνυόμενη ποσότητα του δείγματος
- την ανάγκη σημάνσεως του δοχείου που περιέχει δείγμα με τα απαιτούμενα στοιχεία
- τον τρόπο αποστολής του δείγματος
- τις ώρες εργασίας του εργαστηρίου καθώς και του κατάλληλου χρόνο αποστολής του δείγματος
- τις μονάδες μετρήσεως με τις οποίες εκφράζονται τα αποτελέσματα των εξετάσεων
- τις φυσιολογικές τιμές των κυριότερων εξετάσεων και τις επιπτώσεις των παρεκλήσεων από τα φυσιολογικά όρια.

Οι γνώσεις αυτές βοηθούν τον νοσηλευτή στην κατάλληλη οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο.

Ο νοσηλευτής πρέπει να μιλήσει στον άρρωστο για την εξέταση, να εξηγήσει το σκοπό της και να τον ενημερώσει για τον τρόπο προετοιμασίας του και για την διαδικασία διεξαγωγής της εξέτασης. Τα παραπάνω θα βοηθήσουν τον άρρωστο να συνεργασθεί για την επιτυχία της εξέτασης.

Ο νοσηλευτής έχει την κύρια ευθύνη για την προετοιμασία του αρρώστου για τις εξετάσεις που απαιτούνται.

Στην νοσηλευτική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνονται ακόμη τα ακόλουθα:

1. Δίαιτα: το βράδι προ της εγχείρησης, δίνουμε στον άρρωστο ελαφρά δίαιτα. Συνήθως αποτελείται από σούπα, κρέμα, ζελέ. Το πρωί της εγχείρησης, ο άρρωστος μένει νηστικός. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ενημερώνει τον άρρωστο ότι πρέπει να μένει νηστικός.
2. Υποκλισμός: γίνεται συνήθως καθαρτικός υποκλισμός. Σκοπός αυτού είναι η αποφυγή εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι, για ψυχολογικούς λόγους, για αποφυγή μετεγχειρητικού μετεωρισμού, αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σίγουρος ότι κατά τη διαδικασία, ο υποκλισμός πέτυχε το σκοπό του, δηλαδή να αδειάσει το έντερο από το περιεχόμενό του και ότι όλη

η ποσότητα του εισερχομένου υγρού έχει βγει. Γι' αυτό μετά το τέλος του υποκλιισμού πρέπει να γράφει στα φύλλα νοσηλείας το αποτέλεσμα μέτριο ή ικανοποιητικό.

3. Ψυχολογική προετοιμασία: αυτή εφαρμόζεται από το νοσηλευτή από τη στιγμή που αποφασίζει να χειρουργηθεί ένας ασθενής.

Με τη προσπάθεια του νοσηλευτή να αποκαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του αρρώστου, και να τις ικανοποιήσει, να καταλάβει και να συμμαρτισθεί τη θέση του, βοηθάει στην τόνωση του ηθικού του.

4. Ασκήσεις και μετεγχειρητικές κινήσεις: εάν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί για το τι πρέπει να γκάνει μετά την εγχείρηση, η μετεγχειρητική του φροντίδα θα είναι ευκολότερη και αποτελεσματικότερη. Έργο του νοσηλευτή είναι να διδάσκει τον άνθρωπο πως θα αναπνέει και τι ασκήσεις πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά.

Είναι ανάγκη να γνωρίζει ο ασθενής ότι οι βαθιές αναπνοές, μετά το χειρουργείο, διευκολύνουν την απομάκρυνση του αναισθητικού το γρηγορότερο και παράλληλα εξασφαλίζουν την οξυγόνωση τόσο των πνευμόνων όσο και όλου του σώματος.

5. Καθαριότητα του σώματος του ασθενή: η ατομική καθαριότητα του αρρώστου είναι αναγκαία. Σε αυτή τη περίπτωση οι ανάγκες είναι αυξημένες γιατί η διαβίωση σε μαζικούς χώρους και οι χειρουργικές επεμβάσεις απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα.

Αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος για την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Το δέρμα καθαρίζεται από σαπουνούχο νερό και με διάφορα αντισηπτικά όπως FHISOHEX. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται από τον νοσηλευτή στην καθαριότητα του οφθαλμού και στις περιοχές όπου υπάρχουν κρεατοελιές.

6. Ηρεμιστικά: Το βράδι της παραμονής της επέμβασης για να εξασφαλισθεί αρκετός ύπνος για ανάπαυση, δίνεται συνήθως στον άρρωστο ηρεμιστικό ή ελαφρό κατευναστικό. Ο νοσηλευτής εξηγεί στον άρρωστο, ότι μετά την χορήγηση του φαρμάκου, πρέπει να μένει στο κρεβάτι, και όταν χρειασθεί να σηκωθεί για την τουαλέτα να ζητήσει βοήθεια, επειδή συνήθως δεν βρίσκεται σε τόσο καλή κατάσταση.

7. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως : σε περίπτωση που ο ασθενής δε μπορεί να ουρήσει από μόνος του, τότε του γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως. Βέβαια καθήκον του νοσηλευτή είναι πριν το καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως, να προηγηθεί τοπική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων. Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με τον ιδρώτα, τους τυχόν εμμέτους. Γι' αυτό το λόγο, κατά την προσεχειρητική ετοιμασία, ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού, σε υγρά. Γίνεται τοποθέτηση ορού, ή χορηγούνται μεγάλες ποσότητες υγρών από το στόμα έτσι ώστε ο ασθενής

νης να αποβάλλει όσο το δυνατό περισσότερες ποσότητες α-
 χρήστων ουσιών από τα ούρα. Με αυτόν τον τρόπο βοηθού-
 με τον ασθενή στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών
 και επιπλοκών όπως SHOC, δίψα, ναυτία.

Ημέρα της εγχείρησης

Την ημέρα της επέμβασης του αρρώστου, ο νοσηλευτής
 περιορίζει τους επισκέπτες. Με αυτόν τον τρόπο βοηθάει
 τον άρρωστο να είναι ήρεμος και ήσυχος, και να αναπαυθεί
 όσο το δυνατό πιο πολύ.

Το πρωί της επέμβασης, γίνεται η ατομική καθαριότητα
 του αρρώστου δηλαδή τοπική καθαριότητα του σώματος και
 του προσώπου.

Ξένα δόντια και κινητές γέφυρες αφαιρούνται και το-
 ποθετούνται σε κάβα που να σκεπάζει, αφού πρώτα ο νοση-
 λευτής γράψει το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του αρρώστου.

Πολύτιμα πράγματα, όπως χρήματα και κοσμήματα του αρ-
 ρώστου αφαιρούνται, μαζεύονται από το νοσηλευτή καταγρά-
 φονται μπροστά την, τοποθετούνται σε ένα ψάκελο με γραμ-
 μένο το ονοματεπώνυμό του και κλειδώνονται σε ντουλάπι ή
 παραδίδονται στην οικογένειά του.

Προεγχειρητικά και περίπου μία ώρα πριν από την επέμ-
 βαση χορηγείται προνάρκωση εντολή αναισθησιολόγου στον
 άρρωστο συνήθως 1|2 AMP VALIUM και 1|2 AMP PETHIDIEIM. Πριν
 όμως γίνει η προνάρκωση του αρρώστου ελέγχονται και κατα-

γράφονται από το νοσηλευτή τα ζωτικά σημεία θερμοκρασία, σφυγμός, αρτηριακή πίεση και αναπνοές.

Σκοπός της προνάρκωσης είναι να βοηθηθεί ο άρρωστος να δεχθεί την νάρκωση ευκολότερα και με λιγότερες ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

Μετά τη χορήγηση της προνάρκωσης, ο άρρωστος μένει ξαπλωμένος στο κρεβάτι του και έργο του νοσηλευτή είναι να του εξασφαλίσει ένα ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον.

Ελέγχει ο νοσηλευτής, εάν έγινε ο εργαστηριακός έλεγχος αίματος και ούρων, το Η.Κ.Γ., οι ακτινογραφίες ώστε να προληφθεί πιθανή παράληψη η οποία μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες καταστάσεις για την υγεία του αρρώστου.

Χρειάζεται να ελεγχθεί αν ο άρρωστος (όνομα, επώνυμο, ηλικία, θάλαμος) ο οποίος αυτή την ώρα θα πρέπει να πάει στο χειρουργείο είναι κατάλληλα προετοιμασμένος.

Τέλος θα πρέπει να ληφθεί η γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου για την επέμβαση που θα κάνει. Αφού γίνουν όλα αυτά ο άρρωστος ντύνεται με πουκάμισα και μεταφέρεται με φορείο στο χειρουργείο. Πρέπει να μετακινείται με προσοχή για λόγους ασφάλειας λόγω της προνάρκωσης μπορεί να βρίσκεται σε όχι καλή κατάσταση. Ο άρρωστος στο φορείο είναι σκεπασμένος με κουβέρτα για να προστατεύεται από τα ρεύματα και για λόγους καθαρά ψυχολογικούς.

Αφού ο άρρωστος μεταφερθεί στο χώρο του χειρουργείου, ο νοσηλευτής ετοιμάζει το χειρουργικό κρεβάτι για

να είναι έτοιμο όταν θα επιστρέψει ο άρρωστος από το χειρουργείο. Τακτοποιεί το κομοδίνο του και τοποθετεί πάνω σε αυτό σπάτουλα, με βρεγμένα τολύπια βάμβακος για να βρέχονται τα χείλη του αρρώστου όταν παραπονεθεί ότι του είναι στεγνά. Επίσης νετροειδές, σε περίπτωση που θέλει ο ασθενής να κάνει έμμετο.

Όπως είπαμε, ο άρρωστος βρίσκεται στο χώρο του χειρουργείου. Στον προθάλαμο του χειρουργείου γίνεται η τελική προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Κόβονται οι βλεφαρίδες και γίνεται αποτρίχωση των φρυδιών. Η καθαριότητα της περιοχής του δέρματος γύρω από την χειρουργική περιοχή (βλέφαρα, μύτη, μέτωπο, μάγουλα) με αντισηπτική ουσία και φυσιολογικό ορό, βοηθάει στο να ελαττωθούν οι πιθανότητες επιμόλυνσης του τραύματος, σκοπός αυτής, είναι, στο να μείνουν όσο το δυνατό λιγότερα μικρόβια.

Γίνεται μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοές) καθώς επίσης και της ενδοφθάλμιας πίεσης και ο άρρωστος οδηγείται στο χειρουργικό τραπέζι.

Μετά το τέλος της επέμβασης συνήθως γίνεται η ανάληψη του αρρώστου. Γίνεται παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας του αρρώστου. Άμεση υπευθυνότητα του νοσηλευτή είναι να ελέγχει αν η αναπνευστική οδός του είναι ελεύθερη και καθαρή.

Η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός του πρέπει να λαμβάνονται κάθε τέταρτο και να καταγράφονται.

Ο νοσηλεύτης πρέπει να ελέγχει συχνά το τραύμα για

πιθανή αιμορραγία.

Καλό θα είναι να ενισχυθεί ο άρρωστος να ουρήσει πριν αρχίσει να πονάει και μάλιστα ευρισκόμενος στην ανάνηψη. Όταν ο άρρωστος ξυπνήσει τελείως, έχει αυξημένο το αίσθημα του πόνου και ίσως είναι πιο δύσκολο να ουρήσει εκούσια με τον ερεθισμό του πόνου.

Όταν ο άρρωστος παραπονεθεί για πόνο, καθήκον του νοσηλευτή είναι να αντιληφθεί σε ποιό μέρος πονάει και να ενημερώσει την κάρτα του. Συχνά, μια άνετη θέση, εντριβή στην πλάτη, αλλαγή της θέσης ανακουφίζουν τον άρρωστο και ελαττώνουν την χρήση των παυσίπονων. Εάν παρόλα αυτά δεν υποχωρήσει ο πόνος, δίνεται από το νοσηλευτή, κατόπιν εντολής ιατρού, παυσίπονο.

Το χρονικό διάστημα που θα παραμείνει ο άρρωστος στην ανάνηψη είναι ακαθόριστο, εξαρτάται πάντα από την άμεση μετεγχειρητική του κατάσταση.

Όταν τα ζωτικά σημεία σταθεροποιηθούν και ο άρρωστος ξυπνήσει τελείως μπορεί να μεταφερθεί στο θάλαμό του.

Ένα κριτήριο αφυπνίσεως ικανοποιητικής είναι να λέει το όνομά του, να έχει προσανατολισμό χρόνου και τόπου και να ξέρει που βρίσκεται.

Αφού γίνουν όλα αυτά, ο άρρωστος μεταφέρεται στο κρεβάτι του, με φορείο. Βέβαια η μεταφορά και η μετακίνησή του, απαιτεί μεγάλη προσοχή και δεξιότητες. Βίαιοι χειρισμοί κατά τη μεταφορά είναι να δυνατό να προκαλέσουν απρόβλεπτες καταστάσεις στο χειρουργημένο μάτι σαν συνέπεια απότομων κινήσεων της κεφαλής. Γι' αυ-

τόκαλό είναι κάθε μετακίνησή του να εξασφαλίζει την ακινησία της.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο άρρωστος ήδη βρίσκεται στο κρεβάτι του. Τοποθετούμε χαμηλό μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι του, ενώ σηκώνουμε λίγο το ερεισινωτό του κρεβατιού περίπου 35° - 40° .

Πάνω από το κρεβάτι του και σε εύχρηστο σημείο τοποθετούμε το κουδούνι κλήσεως ώστε να ειδοποιήσει το νοσηλευτή χωρίς να καταβάλλει έντονη προσπάθεια και χωρίς να μετακινήσει πολύ το κεφάλι του.

Γίνεται συνεχή λήψη και καταγραφή στο διάγραμμα των ζωτικών σημείων του αρρώστου.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. Εάν παραπονεθεί για πόνο στο μάτι πρέπει αμέσως να ειδοποιήσουμε τον γιατρό και να προσπαθήσουμε να του μειώσουμε στο ελάχιστο την ανησυχία του.

Εάν παραπονεθεί για ναυτία και έμετο που είναι συνέπεια της νάρκωσης χορηγούμε σ' αυτόν αντιεμετικά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού και κρατούμε το κεφάλι του σταθερό, όσο διάστημα κάνει έμετο.

Για την ανακούφισή του από τη συνεχή κατάκλιση μπορούμε να τοποθετήσουμε μαξιλάρι κάτω από τα γόνατα ή την ωμοπλάτη, όχι όμως συνέχεια, χωρίς να επηρεαστεί η ακινησία της κεφαλής.

Η βελτίωση της άνεσής του γίνεται με την αλλαγή της θέσης του πάνω στο κρεβάτι, για να ανακουφισθεί η ράχη του, με τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός ήσυχου και αναπνευστικού περιβάλλοντος. Γίνεται έλεγχος από το νοσηλευτή αν ούρησε ο άρρωστος. Καλό βέβαια θα είναι να έχει ουρήσει στην ανάληψη, όπου ο πόνος δεν είναι τόσο έντονος μια και βρίσκεται κάτω από επιρροή της νάρκωσης. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει ουρήσει ακόμη γίνονται τα εξής νοσηλευτικά μέτρα: άνοιγμα της βρύσης. Αν δεν μπορεί να ουρήσει χορηγούμε διουρητικά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού. Αν τα παραπάνω νοσηλευτικά μέτρα δε φέρουν αποτέλεσμα τότε γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως.

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει αμφοτερόπλευρο καταρράκτη ο νοσηλευτής όταν μπει μέσα στο θάλαμο καλό είναι να αναφέρει το όνομά του, ώστε να διευκολύνεται η επικοινωνία μεταξύ αυτού και του αρρώστου.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ωρου μετά την επέμβαση ο άρρωστος είναι ανήσυχος και εννευρισμένος γιατί διακατέχεται από αισθήματα αβεβαιότητας για την πορεία της νόσου του. Ο έμπειρος και καλός νοσηλευτής μπορεί να διαπισθάνει αυτό και με κατάλληλα μέσα και συμπεριφορά να τον επαναφέρει στην φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση.

Λόγω του ότι η εγχείρηση του καταρράκτη εφαρμόζεται σε ηλικιωμένα άτομα, ο κίνδυνος κυκλοφοριακών και αναπνευστικών επιπλοκών είναι αρκετά μεγάλος και

σ' αυτό συμβάλλει και η κατάκλιση των αρρώστων. Γι' αυτό ο νοσηλευτής ενισχύει τον άρρωστο να κινεί τα κάτω άκρα και επισπεύδει αυτόν να σηκωθεί συνήθως μετά το πρώτο 24ωρο και ύπιν ενισχύει γιατρουύ.

Κάθε ανησυχία και βήχας που θα αναφερθούν από τον ασθενή προς το νοσηλευτή, γίνονται γνωστά στον γιατρό για πρόληψη έντασης ή αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης με αποτέλεσμα την κάκωση του ματιού.

Η λήψη υγρών επιβάλλεται εφόσον ο άρρωστος δεν έχει εμμέτους και ναυτία.

Πολτιώδης τροφή χορηγείται μετά το πρώτο 24ωρο από την επέμβαση. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι παίρνουν νάρκωση τους επιτρέπεται μετά από ένα 24ωρο να σηκωθούν από το κρεβάτι και να κάνουν κινήσεις ελεύθερα αλλά ήπια, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την γενική κατάσταση του ασθενή.

Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γίνεται μόνο με απλό καθαρισμό, ενώ το βούρτσισμα των δοντιών αποφεύγεται, μέχρι να δοθεί ιατρική εντολή.

Η γενική φροντίδα εκτός από την περιποίηση του στόματος, την διατροφή, τα άφθονα υγρά, τον έλεγχο αν ούρησε ο άρρωστος αφορά και τον έλεγχο αν είχε έγκαιρα κένωση.

Στην περίπτωση που ο άρρωστος δεν έχει κένωση 2 μέρες συνήθως μετά την επέμβαση, του δίνουμε κάποιο

υπακτικό για να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα εξαιτίας της οποίας μπορεί να προκληθεί αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση. Αν τα παραπάνω μέτρα δε φέρουν αποτέλεσμα γίνεται καθαρτικός αποκλισμός.

Σε περίπτωση μετεωρισμού της κοιλιάς καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για να μειωθεί η ενδοκοιλιακή πίεση η οποία έχει δυσμενείς επιπτώσεις πάνω στην ενδοφθάλμια πίεση. Αρχικά γίνεται κινητοποίηση του αρρώστου. Αν ο μετεωρισμός συνεχισθεί τότε γίνεται τοποθέτηση σωλήνα αερίων. Αν ο μετεωρισμός δεν υποχωρήσει και πάλι γίνεται τότε υποκλισμός. Όλα αυτά, βέβαια, μετά από εντολή γιατρού.

Επίσης, η ψυχαγωγία και η απασχόληση του ασθενή πρέπει να είναι συνεχής φροντίδα του νοσηλευτή.

Θα πρέπει να αποφεύγει με επιμέλεια, καθετί, το οποίο μπορεί να επιφέρει κόπωση στην όραση του αρρώστου. Γι' αυτό το λόγο, επιβάλλεται σχετικά σκίαση του θαλάμου, και οι θάλαμοι να είναι χρωματισμένοι με απαλά χρώματα, τα οποία δεν επιδρούν βλαβερά στην όραση του αρρώστου.

Σύμφωνα με τις προτιμήσεις του αρρώστου, ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθίσει δίπλα του και να του διαβάσει με ηρεμία εφημερίδα ή περιοδικά και ακόμα να συζητήσει μαζί του διάφορα θέματα της προτίμησής του.

Όλα τα παραπάνω, συμπεριλαμβάνονται στην ψυχαγωγία του αρρώστου και έχει μεγάλη σημασία για τον άρρωστο

να αισθάνεται άνετα μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Αλλαγές στο χειρουργημένο μάτι, γίνονται καθημερινά από το γιατρό. Επίσης γίνονται ενσταλλάξεις κολλυρίων και αλοιφών από το νοσηλευτή, κάθε φορά που γίνεται νοσηλεία ή αλλαγή, εφαρμόζοντας σχολαστική ασηψία και αντισηψία.

Την 5η μετεγχειρητική μέρα συνήθως γίνεται αφαίρεση των ραμμάτων. Το μάτι αναισθητοποιείται με παντοκοκαΐνη 1% και στη συνέχεια εκιδένεται πάλι.

Ο άρρωστος βγαίνει από το νοσοκομείο, όταν ο χειρουργημένος οφθαλμός προσαρμοσθεί στο φως της ημέρας.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η διαφώτιση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη χρήση των κολλυρίων και των αλοιφών, η κατάλληλη κατεύθυνσή του, σε υπηρεσίες ιατρικής αντίληψης και υγιεινής, αν χρειάζεται νοσηλεία κατ'οίκον, να δοθούν απαραίτητες οδηγίες και να ακολουθήσει προσεκτικά τις ιατρικές οδηγίες και τα ιατρικά ραντενού, γιατί, ίσως η οποιαδήποτε παρέκλιση να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις.

Ακόμη ο νοσηλευτής, τον συμβουλεύει, να μην σηκώνει βάρος, να μην σκύβει, να μην καταβάλλει έντονη μυϊκή τάση γιατί μπορεί να έχει επιπτώσεις στο χειρουργηθέντα οφθαλμό.

Όταν περάσουν 6 έως 8 βδομάδες από την αφαίρεση του κρυσταλλοειδή φακού, τοποθετούνται γυαλιά σε αντικατάσταση του φακού.

Πλήρης προσαρμογή της όρασης επιτυγχάνεται μετά από 6 μήνες, μάλιστα, ο άρρωστος πολύ γρήγορα χρησιμοποιεί γυαλιά για μακρινή και κοντινή απόσταση.

Η εφαρμοσμένη φαρμακευτική προληπτική αντιφλεγμονώδης αγωγή, πρέπει να τηρείται πιστά από το νοσηλευτή και παρενέργειες αυτής θα πρέπει να αναφέρονται στο θεράποντα γιατρό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες βρίσκεται ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή τόσο στην προεγχειρητική όσο και στην μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή.

Μία από τις συχνότερες παθήσεις των οφθαλμών είναι και ο καταρράκτης. Με τον όρο καταρράκτη εννοούμε τη θόλωση του φακού. Υπάρχουν βέβαια πολλά είδη καταρράκτη με σπουδαιότερο τον γεροντικό καταρράκτη.

Προσβάλλει, συνήθως, άτομα μεγάλης ηλικίας, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν εμφανίζεται σε νεαρά άτομα.

Όσο αφορά την θεραπεία, διακρίνουμε την φαρμακευτική και την χειρουργική. Η πρώτη δεν φέρνει κανένα αποτέλεσμα αλλά είναι σαν παρηγοριά στον άρρωστο, μέχρις ότου ο φακός να θολώσει τελείως. Με την δεύτερη δηλ. τη χειρουργική ο άρρωστος μπορεί να βλέπει. Αξίζει να σημειωθεί πως ο άρρωστος για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, πρέπει νωρίτερα να μην έβλεπε, δηλ να υπήρχε τέλεια θόλωση του φακού δηλαδή ο καταρράκτης να είναι ώριμος.

Γενικά ο καταρράκτης είναι μια επέμβαση που γίνεται συνήθως με τοπική νάρκωση - σπάνια γίνεται με γενική.

Η οπτική αποκατάσταση γίνεται με τρεις τρόπους:

1. Γυαλιά καταρρακτικά
2. Εμφύτευση ψευδοφακού
3. Φακούς επαφής.

Με τη βοήθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ο άρρωστος μετά από 6-7 μέρες παραμονής στην νοσηλευτική μονάδα επιστρέφει στην οικογένειά του, στο σπίτι του, στις συνήθειές του, στον τρόπο ζωής του.

Περίπτωση Α

Ο ασθενής Στεργίου Γεώργιος του Κων/νου, ηλικίας 79 ετών, με διάγνωση καταρράκτη Δ.Ο., αναφέρει στο ιστορικό του και έλκος δωδεκαδακτύλου. Νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ Γ'" στην Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική κλινική στις 18-6-91 έως στις 24-6-91. Έγιναν οι καιιάλληλες εξετάσεις και μετά από εξέταση του γιατρού και τη βοήθεια της νοσηλεύτριας προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση. Η νοσηλεύτρια προγραμμάτισε τις νοσηλευτικές διεργασίες κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο.

α

β

γ

δ

ε

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ξ Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ξ Α

Νοσηλευτικό
πρόβλημα

Αιτιολόγηση
νοσηλευτικού
πρόβληματος

Προγραμματισμός
νοσηλευτικής
φροντίδας

Εφαρμογή
νοσηλευτικής
φροντίδας

Αξιολόγηση
αποτελέσματος
νοσηλευτικής
φροντίδας

-Μείωση οπτικού
πεδίου και ελ-
λάτωση πρόσαρ-
μογής του ει-
τιού, στο έντο-
νο φως.

-Θέληση του φα-
κού από τη συλλο-
γή υγρού σ' αυτόν.

-Συσκότιση του
θαλάμου και εξα-
σφάλιση χαμηλού
φωτισμού.
- Ενημέρωση του
ασθενή για τα
αντικείμενα που
βρίσκονται γύρω
του.

-Κλείσιμο του
θαλάμου.
- Τακτοποίηση
των προσωπικών
του αντικειμένων
και σε θέση που
δεν αλλάζει αλλά
μένουν πάντα στο
ίδιο μέρος.

- Βελτίωση προ-
σαρμογής του αρ-
ρώστου στο φως.

α

β

γ

δ

ε

- Προσανατολισμός του ασθενή μέσα στο θάλαμο και στη νοσηλευτική μονάδα
- Εκπαίδευση του ασθενή, για αυτοεξυπηρέτηση.
- Ενημέρωση του ασθενή για την απαγόρευση της κυκλοφορίας του, στο έντονο φως.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη πτώσεως του ασθενή από το κρεβάτι.
- Αποφυγή καπνίσματος για την αποφυγή πυρκαγιάς.

- Συστάσεις του ασθενή με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της νοσηλευτικής μονάδας.
- Βοήθεια του ασθενή, κατά την ώρα των γευμάτων, της έγερσης από το κρεβάτι.
- Εξηγήσεις και συμβουλές στον ασθενή για τη χρησιμοποίηση γυαλιών ηλίου κατά την κυκλοφορία του, τη διάρκεια της ημέρας.
- Τοποθέτηση προφυλακτήρων στο κρεβάτι.

α
- Ανησυχία και
εκνευρισμός του
ασθενή.

β
- Αγνωστο περιβά-
λον και δυσκολία
προσαρμογής σ'
αυτό.

γ
- Δημιουργία εμπι-
στοσύνης του ασθε-
νή προς το νοση-
λευτικό προσωπικό.
- Συνεχή επαφή με
τον άρρωστο, την
οικογένειά του,
και ένδειξη πραγ-
ματικού ενδιαφέρο-
ντος.
- Ικανοποίηση των
φυσικών και ψυχικών
αναγκών του ασθενή.
- Απασχόληση του αρ-
ρώστου.
- Μείωση θορύβων
στο ελάχιστο και
διατήρηση ήρεμης
ατμόσφαιρας.

δ
- Θερμός διάλογος
με τον ασθενή
και ακρόαση των
προβλημάτων του.
- Ενημέρωσή του
για οποιαδήποτε
νοσηλευτική και
ιατρική ενέργεια
και οι λόγοι για
τους οποίους γί-
νεται.

- Η νοσηλεύτρια κα-
τανοεί τη δύσκολη
θέση του και απο-
φεύγει καθετί που
προκαλεί απαισιο-
δοξία, στενοχώρια
και υπερένταση
στον ασθενή.

ε
- Ο ασθενής
έχει ηρεμή-
σει αρκετά
και προσαρμό-
ζεται στο
χώρο του
νοσοκομείου.

α

β

γ

δ

ε

- Απομάκρυνση των συγγενών και ατόμων που κουράζουν τον ασθενή.

- Συζητάει με τον ασθενή και αποφεύγει συζητήσεις που τον επηρεάζουν αρνητικά.

- Ακούει τα προβλήματα του, δείχνει κατανόηση και αγάπη προς αυτόν και προσπαθεί να τον ενθαρρύνει.

- Φαρμακευτική αγωγή.

- Ετοιμασία του φαρμάκου, κατόπιν εντολής γιατρού.

- Ενημέρωση του ασθενή για το λόγο της ενστάλλαξης των οφθαλμικών σταγόνων.

α

β

γ

δ

ε

- Ενημέρωση του ασθενή για τη δράση του φαρμάκου, το είδος, τις παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τη χορήγηση του φαρμάκου.
- Η νοσηλεύτρια ελέγχει με μεγάλη προσοχή, αν το φάρμακο (κολλύριο) έχει πάθει κάποια αλλοίωση.
- Φροντίζει, ώστε τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν και τοποθετεί
- Πλύσιμο χεριών της νοσηλεύτριας πριν από κάθε νοσηλεία.
- Βεβαίωση της νοσηλεύτριας για την ταυτότητα του ασθενή.
- Ελέγχει το διάγραμμα και τοποθετεί τον ασθενή σε ύπτια ή καθιστή θέση.
- Λέει στον ασθενή να γυρίσει στην πλευρά του προσβεβλημένου ματιού

α

β

γ

δ

ε

κατά τη διάρκεια
της νοσηλείας να
είναι καθαρά και
αστερωμένα.

- Στη διάρκεια της
νοσηλείας, δεν επι-
τρέπεται η παραμο-
νή άλλων ατόμων,
μέσα στο θάλαμο.

- τετράγωνο κάτω
από αυτό.

- Τοποθετεί γάζα
στη προσβεβλημένη
πλευρά του προ-
σώπου.

- Ανοίγει τα βλέ-
φαρα με το δείκτη
και τον αντίχειρα
του αριστερού χε-
ριού χωρίς να ασκεί
πίεση στο βολβό.

- Συμβουλεύει τον
ασθενή να κοιτάει
προς τα πάνω.

α

β

γ

δ

ε

- Αποφεύγει το άγ-
γιγμα του ματιού
και με το σταγονό-
μετρο κατά την ώρα
της ενστάλλαξης.

- Θετική από-
κριση του ασθε-
νή στην ιατρι-
κή αγωγή και
τη νοσηλευτι-

- Σκουπίζει με γάζα,
ή τολύπιο βάμβακος
το φάρμακο που παρα-
σύρθηκε.

- Συμβουλεύει τον
ασθενή να μη τρί-
βει το μάτι του.

- Κατά διαστήματα,
αφήνει τον άρρωστο,
να κλείνει τα μάτια
του.

α

β

γ

δ

ε

- Στο τέλος, αναγράφει στο φύλλο νοσηλείας το είδος του διαλύματος ή του φαρμάκου την ώρα που χορηγήθηκε και το αποτέλεσμα της θεραπείας.

- Πόνος και δυσπεψία

- Ερεθισμός του βλενογόνου και έντονες περισταλτικές κινήσεις του στομάχου.

- Χορήγηση φαρμάκων που δεν απορροφούνται καλά και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού.

- Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων και γάλακτος.

- Χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων και ενυδάτωση του ασθενή.

- Ο ασθενής δεν παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και ανακουφίζεται από τον πόνο και τη δυσπεψία.

α

β

γ

δ

ε

- Χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν την γαστρική έκκριση και την κινητικότητα και ενυδάτωση για την απο-

- Αποφεύγεται, η χορήγηση τηγανισμένων φαγητών, καρικευμάτων, καπνού, οινοπνευματωδών, ποτών, καφέ.

~~φυγή παρενεργειών~~

αυτών.

- Χορήγηση τροφών που δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου.

- Μέτρα για την εξασφάλιση ανέσεως του ασθενή.

α	β	γ	δ	ε
- Άγχος και συναισθηματικές πιέσεις.	- Η καταστασή του προκαλεί άγχος και νευρικότητα.	<p>- Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να διαπιστώσει την ύπαρξη καταστάσεων STRESS και την σχέση τους με την εκδήλωση της νόσου.</p> <p>- Τρόποι που μειώνουν το άγχος και τις συναισθηματικές πιέσεις του ασθενή.</p> <p>- Εξασφάλιση προϋποθέσεων για την ανάπαυση και την ψυχολογία του ασθενή.</p> <p>- Μέσα που βοηθούν στην ψυχική και διανοητική χαλάρωση του ασθενή.</p>	<p>- Συχνή επαφή με τον άρρωστο για να μπορέσει να συζητήσει τα προσωπικά του θέματα.</p> <p>- Επικοινωνία με τον ασθενή για τη λύση των αποριών και των ανησυχιών του.</p> <p>- Δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει τα προβλήματά του και να προσπαθήσει, με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας, να τα αντιμετωπίσει.</p>	

α	β	90 γ	δ	ε
- Κίνδυνος επιπλοκών.	- Διατήρηση του έλκους και αιμορραγία.	<p>- Μέτρα πρόληψης για την αποφυγή διαταραχής ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.</p> <p>- Μέτρα για την αύξηση του όγκου του αίματος.</p> <p>- Ενέργειες για την πρόκληση αγγειοσύσπασης.</p> <p>Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.</p>	<p>- Παρεντερική χορήγηση νατρίου και ηλεκτρολυτών.</p> <p>- Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενή.</p> <p>- Χορήγηση πλήρους αίματος ή πλάσματος.</p> <p>- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση του στομάχου με παγωμένο νερό και χορήγηση αντιόξινων και γάλακτος.</p> <p>- Λήψη των ζωτικών σημείων και αναγραφή στο φύλλο νοσηλείας.</p>	- Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές στον ασθενή

α

β

γ

δ

ε

Προεγχειρητική

ετοιμασία

- κάλυψη των
αναγκών σε
τροφή και
υγρό.

-Για την ενίσχυση
του οργανισμού
του ασθενή για να
μπορέσει να αντι-
μετωπίσει το χει-
ρουργικό STRESS.

- Κατάλληλο διαιτολό-
γιο, ανάλογα με τις α-
νάγκες του οργανισμού
σε θερμίδες, πρωτεΐνες,
βιταμίνες.

- Το βράδι της
παραμονής της
χειρουργικής
επέμβασης, χορή-
γηση υδρικής
και ελαφράς
τροφής. Το πρωί
πριν την εγχεί-
ρηση, ο ασθενής
μένει νηστικός.

- Ο ασθενής
τήρησε αυτό
το διαιτολό-
γιο που του
οργανώθηκε.

- | α | β | γ | δ | ε |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| - Προνάρκωση. | - Για να επιτευχθεί χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, μείωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και πρόκληση υπνηλίας. | - Προγραμματισμός για τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, ακριβής δόσης και καθορισμένης ώρας. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση 1 2AMP VALIUM και 1 2AMP PETHIDINE ενδομυϊκώς, 1 ώρα πριν την επέμβαση. - Τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι και εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος - Αναγραφή των φαρμάκων στο φύλλο νοσηλείας. - Παρακολούθηση του ασθενή. | |

- | α | β | γ | δ | ε |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Καθαρισμός εντερικού σωλήνα. | - Για την αποφυγή κένωσης πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι και αποφυγή <u>δημιουργίας αερίων</u> μέσα στην εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου. | - Ετοιμασία και ενημέρωση του ασθενή.
- Ετοιμασία του <u>δύσκου υποκλισμού</u> με τα απαραίτητα αντικείμενα. | - Εκτέλεση καθαρτικού υποκλισμού, το βράδι της παραμονής της εγχείρησης, κατόπιν εντολής γιατρού.
- Ενημέρωση της προ-ύσταμένης για το αποτέλεσμα του υποκλισμού. | - Το αποτέλεσμα του υποκλισμού είναι θετικό και αποφεύγεται η κένωση πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι. |

α	β	γ	δ	ε
<p>- Καθαριότητα του σώματος και υγιεινή του ματιού.</p>	<p>- Αποφυγή μετεγχειρητικής μόλυνσης και καλύτερης λειτουργικότητας του δέρματος.</p>	<p>- Προγραμματισμός σειράς εργασιών.</p> <p>- Προετοιμασία του δίσκου για τη πύση του ματιού.</p> <p>- Οδηγίες του ασθενή για το λουτρό καθαριότητας.</p> <p>- Μέτρα για την καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>- Ενημέρωση του αρρώστου.</p>	<p>- Το πρωί, της ημέρας του χειρουργείου γίνεται κόψιμο βλεφαρίδων με ειδικό φαλίδι που είναι επαλειμμένο με ειδική αλοιφή την ISOPTOMAXITROL.</p> <p>- Πλύση του ματιού με φυσιολογικό ορό και κατόπιν με αντιβιοτικό κολλύριο (NEVACETIN ή SUFFAUCOL).</p> <p>- Ενσταλλάξεις με αναισθητικό κολλύριο TETRAIAÏNE</p>	<p>- Αποφυγή μόλυνσης</p>

α

β

γ

δ

ε

- Καθαρισμός μετώπου του ασθενή, μύτης και παρειών με αντισηπτική ουσία.
- Αναγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.

Μετεγχειρητικές

επιπλοκές

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ναυτία, έμμετοι. | <ul style="list-style-type: none"> - Δράση του αναισθητικού και ψυχολογική προδιάθεση του ασθενή. | <ul style="list-style-type: none"> - Λήψη μέτρων για την αποφυγή εισρόφησης του ασθενή. - Καταστολή εμμέτων. - Ανακούφιση του ασθενή από τους εμμέτους. | <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του ασθενή, σε πλάγια θέση, στο κρεβάτι. - Χορήγηση αντιεμμετικών φαρμάκων. - Τοποθέτηση σωλήνα LEVIN μετά από ιατρική εντολή. |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

α

β

γ

δ

ε

- Φροντίδα της
στοματικής κοι-
λότητας και πρόλη-
ψη στοματίτιδας.

- Παρακολούθηση
του ισοζυγίου
των υγρών και των
ηλεκτρολυτών και
εντ.μετώπιση ασυ-
ξιάτωσης.

- Καθαριότητα
της στοματικής
κοιλότητας με
φυσιολογικό ορό
και ΒΕΤΑΔΙΝΕ
και ενστάλλαξη
σταγόνων ΜΥCO-
STATINE.

- Χορήγηση υγρών
και απαραίτητων
ηλεκτρολυτών,
παρεντερικώς.

- Αιμορραγία - Κακή επεξεύρωση
του αγγείου.
- Ρήξη του τριύ-
ματος από Ξία.-
ες και επέτομες
κινήσεις του
ασθενή

- Μέτρα προφύλα-
ξης για τη ρήξη
του τραύματος.

- Διδασκαλία του
ασθενή να κρατά
το τραύμα με τις
δύο παλάμες του.

- Αποφεύγεται
η αιμορραγία

α

β

γ

δ

ε

- Ετοιμασία κατάλληλων αντικειμένων για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας.

- Καταστολή βήχα και εμμέτων.

- Πρόληψη μέτρων για την αποφυγή SHOCK, αναιμίας, λιποθυμικών κρίσεων.

- Παρακολούθηση του ασθενή για εμφάνιση αιμορραγίας.

- Απαλλαγή από κάθε περίσφυξη.

- Ακινητοποίηση του ασθενή.

- Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή τους.

- Συνεχής παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.

- Σε αιμορραγία, η νοσηλεύτρια φέρνει το δίσκο με αιμοστατικά φάρμακα και συσκευές ορού.

- Σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας ενημέρωση της αιμοδοσίας για μετάγγιση του αρρώστου.

- Λοιμξεις _ Μειωμέντ άδυνα του οργανισμού από τα φάρμακα και το χειρουργικό άγχος του ασθενή.
- Αλήψη ανστηρών μέτρων ασηψίας και αντισηψίας κατά την περιποίηση του τραύματος.
- Επιμελημένη φροντίδα του σώματος και του δέρματος.
- Τόνωση ηθικού και αποφυγή κάθε ανησυχίας και εκνευρισμού του ασθενή.
- Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στην αλλαγή είναι καθαρά και αποστειρωμένα.
- Η νοσηλεύτρια, πριν από κάθε αλλαγή, πλένει τα χέρια της.
- Το κολλύριο, πρέπει να είναι ατομικό για κάθε ασθενή.
- Οι λοιμξεις προλαμβάνονται και εκλείνεται.

α

β

γ

δ

ε

- Κατάλληλη διατροφή για την ενίσχυση του οργανισμού.

- Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών του, σχετικά με τη χρήση των κολλυρίων για την αποφυγή τυχόν τραυματισμού.

- Εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος.

- Χορήγηση τροφής πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και φτωχή σε λίπη.

- Διδασκαλία του ασθενή για την αποφυγή τριψύματος του ματιού.

α	β	γ	δ	ε
- Αύξηση ενδοφθάλμιας πίεσης.	- Τέντωμα ράμματος και καθυστέρηση επούλωσης τραύματος.	- Διδασκαλία για την αποφυγή σενφίματος και απότομων κινήσεων του ασθενή. - Φροντίδα για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. - Κατόπιν συνενόησης του γιατρού και της νοσηλεύτριας, προετοιμασία χορήγησης φαρμάκων για τη μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης.	- Φροντίδα για την κένωση του εντέρου. - Χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν την ενδοφθάλμια πίεση. - Συμβουλές στον άρρωστο για να αποφεύγει το βήχα και το φτάρνισμα.	- Δεν παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης του ασθενή.

Περίπτωση Β

Η ασθενής Ψαλμού Μαρία του Δημητρίου, ηλικίας 73 ετών, με διάγνωση καταιφράκτη Α.Ο., αναφέρει στο ιστορικό της και σγχαρώδη διαβήτη. Νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ Γ'" στην Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική κλινική στις 6|9|91 έως 12|9|91

Αφού έγιναν οι κατάλληλες εξετάσεις και μετά από συνεργασία γιατρών και νοσηλεύτριας προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση. Η νοσηλεύτρια προγραμμάτισε τις νοσηλευτικές ενέργειες της ασθενούς, κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ρ Γ Α Σ Ι Α

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αιτιολόγηση νοσηλευτικού προβλήματος	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος νοσηλευτικής φροντίδας
α	β	γ	δ	ε
<p>Η ασθενής είναι νευρι- κή και ανή- συχη.</p>	<p>- Λόγω της ηλικί- ας της η μετακί- νησή της σε ά- γνωστο περιβάλ- λον της δημιουρ- γεί αίσθημα ανα- σφάλειας.</p>	<p>- Εξασφάλιση ήρε- μον και ήσυχον πα- ριβάλλοντος. - Απαλλαγή της ασθενούς από συ- γκινησεις και έ- ντονες συζητήσεις. - Φραντίδα για τον προσανατολισμό της μέσα στο θάλαμο.</p>	<p>- Μείωση του αριθμού των ξέ- νων που μπαίνουν μέσα στο θάλαμο. - Η νοσηλεύτρια ακούει με κατα- νόηση, τις ανησυ- χίες που περιβάλ- λουν την ασθενή. - Διαθέτει χρόνο και ακούει οτιδή- ποτε της λέει η η ασθενής.</p>	<p>- Μειώθηκε η ανη- συχία και το άγ- χος της ασθενούς και προσαρμόστη- κε χωρίς μεγάλη δυσκολία στο χώ- ρο του νοσοκο- μείου.</p>

- Δημιουργία εμπι-
στοσύνης και αίσθη-
μα ασφάλειας της
ασθενούς προς το
νοσηλευτικό προσω-
πικό.

- Ικανοποίηση φυσι-
κῶν και ψυχικῶν ανα-
γκῶν της ασθενούς.
- Εξηγήσεις της
ασθενούς σχετικά με
την πορεία της νό-
σου.

- Βοήθεια της ασθε-
νούς να αντιληφθεῖ
ὅτι δεν πρόκειται να
τυφλωθεῖ.

- Μείωση του αισθήμα-
τος της μοναξιάς της
ασθενούς.

- Ενθαρρύνει την
ασθενή στην αυτο-
εξυπηρέτηση και
αυτοφροντίδα, αξιο-
λογώντας τις δυνα-
τότητές της.

- Καταλαβαίνει τη
δύσκολη θέση της α-
σθενούς και τη βοη-
θάει να αντιμετωπί-
σει καθετί που την
απασχολεί.

- Η νοσηλεύτρια ενη-
μερώνει τους συγγε-
νεῖς της ασθενούς
ὅτι μπορεί να φέρουν
στο θάλαμο ορισμένα

α
- Μείωση
οπτικού
πεδίου.

β
- Θόλωση του
φακού από τη
συλλογή υγρού
σ' αυτόν.

γ
- Εξασφάλιση χαμη-
λού φωτισμού και
συσκότιση του θα-
λάμου.
- Μέτρα για την
πρόληψη της περαι-
τέρω ατέλειας της
όρασης.
- Ενημέρωση της
ασθενούς, για την
απογόρευση της κυ-
κλοφορίας της, στο
έντονο φως.
- Λήψη μέτρων για
την πρόληψη πτώσης
της ασθενούς από
το κρεβάτι.

δ
- Κλείσιμο των
κουρτινών.
- Ενίσχυση της
αρρώστου να δεχ-
θεί οποιαδήποτε
απόφαση του γιατρού.
- Εξηγήσεις για τη
χρησιμοποίηση γυα-
λιών ηλίου, κατά τη
διάρκεια της ημέ-
ρας.
- Χρήση προφυλακτι-
νων στο κρεβάτι.

ε
- Βελτίωση
προσαρμογής
στο φως.

α	β	γ	δ	ε
- Χορήγηση ινσουλίνης	- Για την αποφυγή σκλήρυνσης του δέρματος από τις υποδόριες ενέσεις ινσουλίνης και την καλύτερη απορ- ρόφηση της ινσου- λίνης.	- Σωστή δόση της ινσουλίνης ανά- λογα με τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος. - Σωστή οδός έγχυ- σης της ινσουλίνης - Λήψη μέτρων αση- φίας και αντισηψί- ας κατά τη χορήγη- ση της ινσουλίνης. - Ενημέρωση του α- σθενή για τρόπο έγχυσης και το σκοπό.	- Χορήγηση ινσου- λίνης υποδερμώς. - Διδασκαλία της ασθενούς για τον τρόπο έγχυσης. - Καταγραφή της δόσης, και της ώ- ρας και του τύ- που της ινσουλί- νης στο φύλλο νο- σηλείας.	- Ο διαβήτης ρυθμίζεται και η άρρωστος και οι συγγενείς της έχουν κα- τανοήσει κα- τακολουθούν το θεραπευτικέ σχήμα.

α	β	γ	δ	ε
- Διαιτολόγιο	- Για τον έλεγχο του διαβήτη και τη μείωση του κινδύνου των επιπλοκών.	<p>- Ρύθμιση διαιτολογίου για τη διατήρηση του σακχάρου, της ουρίας, των ηλεκτρολυτών σε σταθερά επίπεδα.</p> <p>- Συνεργασία με το διαιτολόγο για το τι επιτρέπεται να φάει ο ασθενής.</p> <p>- Πρόληψη υπογλυκαιμίας με την ετοιμασία κατάλληλης διατροφής.</p> <p>- Προγραμματίζει τη δίαιτα ανάλογα με το βάρος της ασθενούς, τις προσωπικές</p>	<p>- Χορήγηση τροφής με αυξημένη λήψη λευκωμάτων και ικανοποιητική θερμίδων.</p> <p>- Χορήγηση κανονικών γευμάτων και διατήρηση του σωματικού βάρους της ασθενούς.</p>	

α

β

γ

δ

ε

προτιμήσεις και
την οικονομική
κατάσταση της
ασθενούς.

Εξασφάλιση σω-
στής κατανομής
των τροφών.

- Υπεργλυκαιμία - Από τη λήψη
κορτιζόνης.

- Ρύθμιση του σακ-
χάρου του αίματος
σε σταθερά επίπε-
δα.

- Μέτρηση του σακ-
χάρου του αίματος
με διαγνωστικές
ταινίες (TEST -
STRIPS).

- Έλεγχος ανά
4ωρο - 6ωρο και
ανάλογη χορήγηση
ινσουλίνης.

α

β

γ

δ

ε

- Καταγραφή του
αποτελέσματος
στο φύλλο νοσηλεί-
ας.

- Φαρμακευτική
αγωγή.

- Λόγω γήρατος
η ασθενής δυ-
σκολεύεται στη
κατάποση των
φαρμάκων.

- Ετοιμασία του
δίσκου φαρμάκων,
κατόπιν εντολής
γιατρού.

- Ενημέρωση της
ασθενούς για τη
δόση, το χρόνο λή-
ψης των φαρμάκων

και τις παρενέρ-
γειες.

- Εξηγεί το σκο-
πό για τον οποίο
δίνεται το φάρμακο.

- Χορήγηση των
φαρμάκων στην
ασθενή.

- Έλεγχος του
διαγράμματος για
την ταυτότητα
της ασθενούς.

- Ενστάλλαξη κολλυ-
ρίων.

- Η νοσηλεύτρια,
κατά την ενστάλ-
λαξη κολλυρίων,

- Θετική στάση
της ασθενούς στην
φαρμακευτική
αγωγή.

α

β

γ

δ

ε

- Κανονίζει το πρόγραμμα φαρμάκων, να συμπίπτει με τις δραστηριότητες της ασθενούς (π.χ. γεύματα, πρωινή έγερση).

- Φροντίζει τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν να είναι καθαρά και αποστειρωμένα.

ανοίγει τα βλέφαρα με το δείκτη και τον αντίχειρα του αριστερού χεριού χωρίς να ασκεί πίεση στο βολβό.

- Συμβουλεύει την ασθενή να κοιτάζει προς τα πάνω, την ώρα της ενστάλαξης.

- Αναγραφή του φαρμάκου στο φύλλο νοσηλείας.

- Παρακολούθηση της ασθενούς.

α	β	γ	δ	ε
Προεγχειρητική ετοιμασία				
- Καθαριότητα εντερικού σωλήνα.	- Για την αποφυ- γή κένωσης πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι και απο- φυγή μετεωρισμού της κοιλιάς.	- Ενημέρωση της ασθενούς και προ- ετοιμασία αυτής.	- Εκτέλεση καθαρι- κού υποκλισμού το βράδι της παραμε- νής της χειρουργεί- ας επέμβασης.	- Αποφεύγεται η κένωση διό- τι ο υποκλι- σμός έφερε το επιθυμητό απο- τέλεσμα.
- Διατροφή.	- Για την ενίσχυση του οργανισμού της ασθενούς.	- Προετοιμασία του δίσκου υποβολισμού με τα απαραίτητα αντικείμενα.	- Ενημέρωση για το αποτέλεσμα του υπο- κλισμού.	- Τήρηση διαι- τολογίου από την ασθενή.
		- Προγραμματισμός νοσηλευτικής προ- ντίδας.	- Το βράδι της παρα- μονής της χειρουργεί- ας επέμβασης, χορή- γηση ελαφράς τροφής.	
		- Με βάση τις ανά- γκες του οργανισμού διαιτολόγιο, κλούσιο σε βιταμίνες, πρωτε- ΐνες, υδατάνθρακες.	- Την ημέρα της εγχει- ρησης η ασθενής παρα-έ- νει νηστική.	

α	β	γ	δ	ε
<p>- Καθαριότητα του σώματος και υγιεινή του ματιού.</p>	<p>- Για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως από το ακάθαρτο δέρμα.</p>	<p>- Ετοιμασία του δίσκου για τη πλύση του ματιού. - Εξηγήσεις στην ασθενή, για το λουτρό καθαριότητας. - Για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού, φροντίδα για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>- Καθαρισμός και αντισηψία του δέρματος. - Περιποίηση και πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με φυσιολογικό ορό και BETADINE και ανσάλλαξη σταγόνων MYCOSTATINE. - Την ημέρα του χειρουργείου, κόψιμο των βλεφαρίδων με ειδικό φαλίδι το οποίο είναι επαλειμμένο με ειδική αλοιφή (ISOPTOMAXITOL) - Πλύση του ματιού με φυσιολογικό ορό</p>	<p>- Οι ενέργειες αυτές βοήθησαν στην καθαριότητα της ασθενούς.</p>

α

β

γ

δ

ε

και αντιβιοτικό
 κολλύριο (NOBACE-
 TIN ή SUFLANICOL)
 - Ενσταλλάξεις με
 αναισθητικό κολλ-
 ύριο ~~TETRACAINE~~
 - Περιποίηση του
 μετώπου, της μύτης
 και των παρειών

- Προνάρκωση

- Για μυϊκή χαλά-
 ρωση, πρόκληση υ-
 πνηλίας και μεί-
 ωση των εκκρίσεων
 του αναπνευστικού
 συστήματος

- Χορήγηση κατάλ-
 ληλου φαρμάκου
 ακριβής δοσολο-
 γία και καθορι-
 σμένη ώρα.

--Λήψη ζωτικών
 σημείων.

- Χορήγηση 1|2
 AMP VALIUM. 1|2
 AMP PETHIDINE
 ενδομυϊκώς, μία
 ώρα πριν την

α

β

γ

δ

ε

χειρουργική επέμβαση.

- Τοποθέτηση του αρρώστου, στο κρεβάτι.

- Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

- Αναγραφή των φαρμάκων στο φύλλο νοσηλείας.

- Παρακολούθηση της κατάστασής της ασθενούς.

- Προκλήθηκε χαλάρωση και υπνηλία της ασθενούς.

α	β	γ	δ	ε
<p>- Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως και τοπική καθαριότητα των γενετικών οργάνων.</p>	<p>- Για την καλύτερη εξέλιξη της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>- Προετοιμασία του δίσκου καθετηριασμού και τοπικής καθαριότητας.</p> <p>- Φροντίδα για την αποβολή των άχρηστων ουσιών από τα ούρα.</p> <p>- Προετοιμασία της ασθενούς.</p>	<p>- Εκτέλεση καθετηριασμού ουροδόχου κύστεως.</p> <p>- Ενημέρωση της προϋσταμένης για το αποτέλεσμα.</p> <p>Καταγραφή των αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών.</p> <p>- Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι κατά την εκτέλεση του καθετηριασμού.</p> <p>- Αναγραφή της νοσηλευτικής ενέργειας στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>- Κένωση της ουροδόχου κύστεως και αποβολή των άχρηστων ουσιών με τα ούρα.</p>

α	β	γ	δ	ε
- Μετεγχειρητικές επικλοκές.	- Κακή απολύτωση του αγγείου.	- Μέτρα προφύλα- ξης για τη ρήξη του τραύματος.	- Διδασκαλία της ασθενούς να κρα- τά το τραύμα με τις δύο παλάμες της.	
- Αιμορραγία	- Ρήξη του τραύ- ματος από βίαι- ες και απότομες κινήσεις.	- Πρόληψη μέτρων για την αποφυγή SHOCK, ανατριμίας, λιποθυμικών κρί- σεων.	- Απαλλαγή από κά- θε περίσφυξη. - Λήψη ζωτικών ση- μείων και αναγραφή αυτών.	
		- Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αιμορρα- γίας.	- Συνεχής παρακολού- θηση της γενικής κα-	
		- Προετοιμασία κα- τάλληλων αντικειμέ- νων για την αντιμε- τώπιση της αιμορρα- γίας.	τάστασης της ασθε- νούς. - Τόνωση ηθικού και απαλλαγή της ασθε- νούς από το άγχος	
		- Καταστολή βήχα και εμετών.	και τις συναισθημα- τικές πιέσεις.	

α

β

γ

δ

ε

- Σε περίπτωση αιμορραγίας, η νοσηλεύτρια φέρνει το δίσκο με αιμοστατικά φάρμακα και συσκευές ορού.

- Ναυτία.
έμετου

- Δράση του αναισθητικών και φυσιολογική υποστήριξη της ασθενούς.

- Λήψη μέτρων για την αποφυγή εισρόφησης της ασθενούς
- Καταστολή εμμέτων

- Τοποθέτηση της ασθενούς σε πλάγια θέση.

- Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν εντολής του γιατρού.

- Συγκράτηση κεφαλιού της ασθενούς κατά τη διάρκεια του έμετου.

α

β

γ

δ

ε

- Δίνεται το νε-
φροειδές στην
ασθενή.

-Φροντίδα της

στοματικής και-
λότητας και
πρόληψη στοματί-
τιδας.

- Ανακούφιση της
ασθενούς από τους
εμμέτους.

- Παρακολούθηση
του ισοζυγίου των
υγρών και των η-
λεκτρολυτών και
πρόληψη της αφυδάτω-
σης.

- Καθαριότητα
της στοματικής
κοιλότητας με φυσι-
ολογικό ερό και
ΒΕΤΑΔΙΝΕ και εν-
στάλλαξη σταγόνων
ΜΥCOSTATINE.
- Χορήγηση υγρών
και απαριζύτητων
ηλεκτρολυτών, πα-
ρεντερικώς.

α	β	γ	δ	ε
- Λοιμώξεις	- Μειωμένη άμυνα του οργανισμού από τη λήψη φαρμάκων.	- Λήψη ανστηρών μέτρων ασηψίας και αντισηψίας, στην περιποίηση του τραύματος.	- Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται σαν αλλαγή είναι καθαρά και αποστειρωμένα.	- Οι λοιμώξεις ελέγχονται και προλαμβάνονται.
		- Κατάλληλη διατροφή για την ενίσχυση του οργανισμού.	- Η νοσηλεύτρια απολυμαίνει τα χέρια της, πριν από κάθε αλλαγή.	
		- Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών του για τη	- Το κολλύριο, πρέπει να είναι ατομικό για κάθε ασθενή.	
		χρήση των κολλυρίων. πλούσια σε βιταμίνες,	- Χορήγηση τροφής,	
		- Εξασφάλιση καθαρούπρωτεΐνες και φτωχή περιβάλλοντος.	σε λίπη.	
			- Διδασκαλία του ασθενή για την αποφυγή τριφύματος του ματιού.	

Συμπεράσματα-- Προτάσεις

Ο άρρωστος άνθρωπος στο χώρο του νοσοκομείου εμφανίζει ιδιαίτερες ανάγκες και προβλήματα που επηρεάζονται από τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας του αλλά και από την βιο-ψυχο-πνευματικό-κοινωνική του συγκρότηση. Η νοσηλεύτρια κοντά στον εξαρτημένο - ημιεξαρτημένο και ανεξάρτητο άρρωστο έχει την ευθύνη αλλά και τιμή να αξιολογεί τις ανάγκες του και τις ικανοποιεί στα πλαίσια των ευθυνών της.

Αν ο άνθρωπος - ασθενής και νοσηλεύτρια είναι αποφασιστικός για την αντιμετώπιση της ασθένειας, γίνεται ακόμη πιο ουσιαστικός αν συνδεθεί και και από υλικοτεχνικούς παράγοντες. Γιατί όσο κι αν ο ύπνος ή η ανάπαυση εξαρτώνται από τον άρρωστο είναι αδύνατο να κοιμηθεί κάποιος σε θάλαμο με πολλούς αρρώστους. Καλό είναι να δημιουργηθούν θάλαμοι δύο ή τριών αρρώστων. Σ' αυτή την κατεύθυνση πρέπει να βοηθήσουν και οι επισκέπτες που μπορεί να τονώσουν το συναισθηματικό κόσμο των αρρώστων, δείχνοντάς τους, πως δεν είναι οι ξεχασμένοι πια, αλλά πολλές φορές τους αναστατώνουν και δεν τους αφήνουν περιθώρια ανάπαυσης.

Οι ίδιοι οι άρρωστοι, πολλές φορές, δυσχεραίνουν

την προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού αρνούμενοι να αποδεχθούν την θεραπευτική αγωγή και κάνοντας οτιδήποτε είναι αντίθετο απ' αυτή. Αυτό μπορεί να αποφευχθεί αν η νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα να παραμείνει περισσότερο χρόνο κοντά του, που με τη σειρά του μεταφράζεται σε αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

Αν η νοσηλεύτρια διαθέτει κατανόηση, αγάπη, σεβασμό, πειθαρχία και εκτίμηση προς την προσωπικότητα του αρρώστου, διάθεση αγαθής για την ικανοποίηση των φυσικών και συναισθηματικών του αναγκών και δημιουργεί δραστηριότητα για την επίλυση των ποικιλόμορφων προβλημάτων του, τότε, πράγματι η δημιουργημένη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, θα συμβάλλει στην κατά το δυνατό, επιτυχέστερη και ομαλότερη έκβαση της ασθένειας.

Περισσότερο από κάθε άλλον, τον ασθενή με καταρράκτη, πρέπει η νοσηλεύτρια, να μάθει τις συνήθειές του και να αξιολογήσει τις ικανότητές. Τα άτομα αυτά, είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας και δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο άγνωστο, γι' αυτούς περιβάλλον του νοσοκομείου.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει τον υπερήλικα να πετύχει όσο το δυνατό πληρέστερη αυτοφροντίδα και δημιουργεί ευκαιρίες να ρωτά και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις.

Γι' αυτό το λόγο, οι νοσηλευτικές ενέργειες και η συμπεριφορά της νοσηλεύτριας, πρέπει να είναι πολύ προ-

σεχτική, και επιμελημένη και να γίνονται οι ενέργειές της μετά από συνεργασία του νοσηλευτικού, ιατρικού προσωπικού και του ασθενούς.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Μία από τις συχνότερες παθήσεις των οφθαλμών είναι και ο καταρράκτης. Με τον όρο καταρράκτη εννοούμε την θόλωση του φακού. Υπάρχουν μέγιστα πολλά είδη καταρράκτη με σπουδαιότερο τον γεροντικό καταρράκτη.

Προσβάλλει συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν εμφανίζεται σε νεαρά άτομα.

Όσο αφορά την θεραπεία διακρίνουμε την φαρμακευτική και την χειρουργική. Η πρώτη δεν φέρνει κανένα αποτέλεσμα αλλά είναι σαν παρηγοριά στον άρρωστο, μέχρι ο φακός να θολώσει τελείως. Με την δεύτερη, δηλ την χειρουργική ο άρρωστος μπορεί να βλέπει. Αξίζει να σημειωθεί πως ο άρρωστος για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση πρέπει νωρίτερα να μην έβλεπε, δηλ να υπήρχε τέλεια θόλωση του φακού, δηλ ο καταρράκτης να είναι υπερώριμος.

Γενικά ο καταρράκτης είναι μία επέμβαση που γίνεται συνήθως με τοπική νάρκωση - σπάνια γίνεται με γενική.

Η οπτική αποκατάσταση γίνεται με τρεις τρόπους:

1. Γυαλιά καταρρακτικού.
2. Εμφύτευση ψευδοφακού.
3. Φακούς επαφής.

Με την βοήθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ο άρρωστος μετά από 6-7 μέρες παραμονής στην

νοσηλευτική μονάδα επιστρέφει στην οικογένειά του,
στο σπίτι του, στις συνήθειές του, στον τρόπο ζωής
του.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ Κ.Ν., ΜΠΕΝΑΡΑΗ Ν.Γ. - ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ - ΑΘΗΝΑ 1970

ΑΡΓΥΡΗΣ Σ., ΚΑΒΟΥΡΑΣ Α. - ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑ Β' ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ -
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ - ΑΘΗΝΑ 1986

ΑΡΓΥΡΗΣ Σ., ΚΟΤΣΙΦΑΚΗ Γ., ΜΑΡΓΑΡΗΣ Ν., ΜΑΡΚΟΥ Σ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ν.,
ΣΕΚΕΡΗΣ Κ., ΠΑΠΑΦΙΛΗΣ Α. ΚΑΙ ΠΑΤΑΡΓΙΑΣ Θ. - ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, ΜΕΡΟΣ Β' - ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ
ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ - ΑΘΗΝΑ 1985

ΒΑΡΩΝΟΥ Δ. - ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ -
ΑΘΗΝΑ 1972

ΒΑΣΩΝΗ Δ. - ΕΠΙΤΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ - 5η ΕΚΔΟΣΗ
ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΣΙΒΕΡΙΕΤΗΣ ΕΠΕ - ΑΘΗΝΑ 1987

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ "ΔΟΜΗ" - ΤΟΜ 15 - ΕΚΔΟΣΗ ΔΟΜΗ - ΑΘΗΝΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ - ΕΚΔΟΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΑΘΗΝΑ 1987

ΚΑΛΑΝΤΖΗ - ΑΖΙΖΙ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ - ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - Β' ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΜΑΥΡΟΜΑΤΗ - ΑΘΗΝΑ 1988

ΚΑΘΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Ι - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΣΙΩΚΗ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1986

ΚΑΠΕΛΛΑΚΗ Γ "ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΟ SHOCK" ΗΜΕΡΕΣ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ
ΟΛΙΓΑΙΜΙΚΟ SHOCK - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ - ΑΘΗΝΑ 1987

ΚΟΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΧΕΙΜΩΝΙΔΟΥ Ε, ΔΡΟΥΤΣΑΣ Δ, ΜΠΑΛΤΑΤΖΗΣ ΣΤ,
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Μ - ΓΕΝΕΤΙΚΗ Κ' ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡ-
ΡΑΚΤΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΣΤΟ 14ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΕΟΕ 49 - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι 1981

ΚΟΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Ι - ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΔΕΡΦΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΕ-
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ -
ΑΘΗΝΑ 1978

ΜΑΛΓΑΡΗΝΟΥ Μ.Α Κ' ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟ-
ΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΤΟΜΟΣ Β' - ΜΕΡΟΣ 2ο - ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΑΔΕΡΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ "Η ΤΑΒΙΘΑ"
ΑΘΗΝΑ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1988

ΛΕΥΔΗΕΚΚΕΡ WOLFGANG - ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ - 21η ΕΚΔΟΣΗ -
ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ - ΛΙΠΙΜΕΛΕΙΑ ΜΑΝΩΛΗΣ ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ -
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ - ΑΘΗΝΑ 1984

ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗ Α.Σ ΚΙ ΜΙΧΑΛΟΔΗΜΗΤΡΑΚΗ Μ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ -
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΟΤΕΝΒΕΡΓ - ΑΘΗΝΑ 1984

ΜΑΚΡΗΣ Γ - ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΙΣ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ -
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΛΤΙΝΤΖΗ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1979

ΜΑΛΓΑΡΗΝΟΥ Μ.Α Κ' ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΤΟΜΟΣ Α' - ΕΚΔΟΣΙΣ ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙ-
ΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ "Η ΤΑΒΙΘΑ" - ΑΘΗΝΑ -
ΙΟΥΛΙΟΣ 1987

ΜΑΛΓΑΡΗΝΟΥ Μ.Α Κ' ΓΟΥΛΙΑ ΕΙΡΗΝΗ - Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΟΝΤΑ
ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ - ΕΚΔΟΣΗ ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΡΦΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ "Η ΤΑΒΙΘΑ" - ΑΘΗΝΑ 1988

ΜΑΝΔΕΛΕΝΑΚΗ - ΚΟΝΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ ΘΕΟΝΥΜΦΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΙΙΙ -
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ - ΑΘΗΝΑ 1985

ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ - ΕΚΔΟΣΗ Β'
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ - ΑΘΗΝΑ 1983

MARCUS A KRUPP, MILTON S. CHATTON - ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙ-
ΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ - ΤΟΜΟΣ 105 - ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ, ΚΡΙΚΕΛΗΣ Σ, ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ,
ΦΕΡΤΑΚΗΣ Η, - ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ' ΠΑΡΙ-
ΣΙΑΝΟΥ - ΑΘΗΝΑ 1978

ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ι Κ' ΓΙΑΝΝΑΚΗ Α - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΑΡ. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ - ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
ΑΣΗΠΤΟΣ ΤΕΧΝΙΚΗ - ΤΟΜΟΣ 1 - ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΝΠ
ΑΡΓΥΡΟΥ - ΜΕΘΩΝΗΣ 4 - ΑΘΗΝΑ 1977

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ.Σ. - ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ - ΑΘΗΝΑ 1988

ΠΑΠΠΑΣ Κ ΚΑΙ ΤΣΙΑΜΠΙΡΗ - ΓΚΙΜΠΑ Ο.Α - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ -
ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΦΟΙ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
1986.

ΠΕΤΡΟΧΕΙΛΟΣ Α - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΕΠΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΟΥ
Δ.Ε.Ο.Ε 49 - ΑΘΗΝΑ 1974

ΠΟΛΛΑΚΙΣ Σ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν ΚΑΙ ΓΙΑΝΝΗΝΟΠΟΥΛΟΣ Π -
ΑΦΑΚΙΚΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ - ΔΕΟΕ ΑΘΗΝΑ 1979.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ - ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ-ΑΘΗΝΑ 1987

ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ Χ. - ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΑΔΕΡΦΟΤΗΤΟΣ "ΕΥΝΙΚΗ" - ΑΘΗΝΑ 1987.

ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ Χ. - Η ΑΔΕΡΦΗ: ΤΟ ΜΕΓΑΛΕΙΟ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ
ΤΗΣ - ΕΚΔΟΣΙΣ ΑΔΕΡΦΟΤΗΤΟΣ "ΕΥΝΙΚΗ" - ΑΘΗΝΑ 1972

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α ΚΑΙ ΠΑΝΟΥ Μ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙ-
ΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ -
ΤΟΜΟΣ 2ος - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ - ΑΘΗΝΑ 1984

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α - ΦΥΣΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΙΑΤΡΙ-
ΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ - ΑΘΗΝΑ 1985

ΣΑΒΒΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π - ΕΠΙΤΟΜΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΚΑΙ ΑΤΛΑΣ - ΑΚΔΟΣΕΙΣ ΟΙΚΟΥΣ ΑΦΩΝ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ - ΘΑΣΣΑΛΟ-
ΝΙΚΗ 1980

ΧΑΤΖΗΜΗΝΑ Ι - ΕΠΙΤΟΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ ΠΑΡΙ-
ΣΙΑΝΟΥ - ΑΘΗΝΑΙ 1987

ΠΕΡΙΛΗΧΟΥΜΕΝΑ

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1α ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3
2ο α) ΑΝΑΤΟΜΙΑ	12
1. Βολβός	12
2. Εξαρτήματα οφθαλμικού βολβού	15
β) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	17
1. Κρυσταλλοειδής φακός	19
3ο α) ΣΥΝΙΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	24
1. Κλινικά ευρήματα	28
2. Βασικά διαγνωστικά στοιχεία του καταρράκτη	28
3. Παράγοντες που επιδρούν στην εξέλιξη του καταρράκτη	28
β) ΜΟΡΦΕΣ ΘΑΛΑΣΣΕΩΣ ΤΟΥ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΕΙΔΗ ΦΑΚΟΥ	30
1. Επίκτητοι τύποι καταρράκτη	30
2. Συγγενείς τύποι καταρράκτη	36
γ) Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΓΕΡΟΝΤΙΚΟ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	38
4ο α) Υποκειμενικά συμπτώματα	40
β) Επιπλοκές	41
γ) Θεραπεία	43
1. Συντηρητική θεραπεία	43
2. Χειρουργική επέμβαση	47
3. Εγχείρηση καταρράκτη	50
4. Οπτική αποκατάσταση	53

	Σελ.
50 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	57
1. Προεγχειρητική φροντίδα	62
2. Μετεγχειρητική φροντίδα	72
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	80
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	119
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	124

