

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΕΣ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΚΑΙ
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΥΤΩΝ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΝΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ

ΠΑΤΡΑ 1985

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θέμα: Οι σπουδαιότερες οφθαλμολογικές παθήσεις
και η νοσηλευτική φροντίδα αυτών.

47

Εργάστηκαν: Ευαγγελισμού Βασιλική

Δημητρακοπούλου Νικολίτσα

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1154

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλευτική παρακολούθηση ασθενών με οφθαλμολογικές παθήσεις, είναι διαφορετική και έχει ιδιαίτερα σημεία από την παρακολούθηση ασθενών με άλλες παθήσεις. Η διαφορά των οφθαλμολογικών παθήσεων από τις άλλες παθήσεις είναι ότι, στις άλλες παθήσεις η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο, ενώ στις οφθαλμολογικές αφορά τη λειτουργία ενός οργάνου απαραίτητου στη ζωή.

Η όραση είναι μια από τις αισθήσεις που κάνουν ευχάριστη τη ζωή και σπουδαία. Η δημόσια διαφώτιση σε ότι αφορά την άμεση και έγκαιρη θεραπεία των οφθαλμολογικών παθήσεων, θα είχε σαν ευεργετική συνέπεια, ο αριθμός των τυφλών να ήταν μικρότερος απ ότι είναι σήμερα. Κι έτσι μια βασική αναπηρία θα είχε λιγότερα θύματα.

Ένας από τους βασικότερους λόγους που απαιτούν ιδιαίτερη νοσηλευτική παρακολούθηση, είναι η ανατομική διάταξη των οφθαλμών. Τα μάτια είναι πολυσύνθετα όργανα και συντελούν στο ανώτερο αισθητηριακό φαινόμενο, την όραση.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο οφθαλμός βρίσκεται σε ειδική κοιλότητα του προσωπικού κρανίου που λέγεται κόγχος. Αποτελείται από 1) το βολβό και 2) τα εξαρτήματα αυτού.

ΒΟΛΒΟΣ. Αποτελείται από το τοίχωμα και το περιεχόμενο.

α) Το έ χ ω μ α: Αποτελείται από τρεις χιτώνες. Οι χιτώνες αυτοί από τα έξω προς τα μέσα είναι οι εξής:

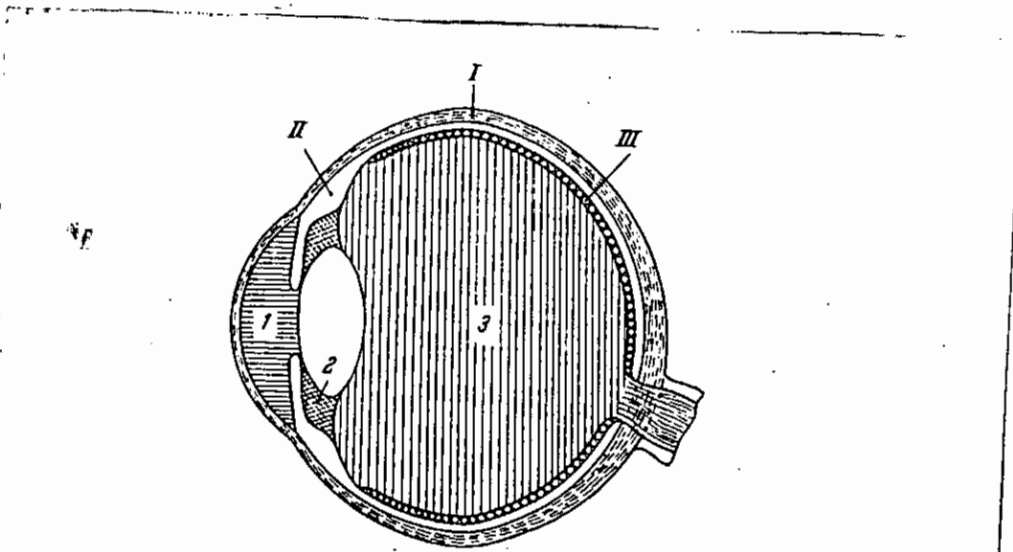
1.- Ινώδης χιτώνας: Διαιρείται σε δυο μέρη: τον σκληρό και τον κερατοειδή.

2.- Αγγειώδης χιτώνας: Αποτελείται από τρία μέρη. Το χοριοειδή, το ακτινωτό σώμα και την ίριδα που έχει στο μέσον την κόρη.

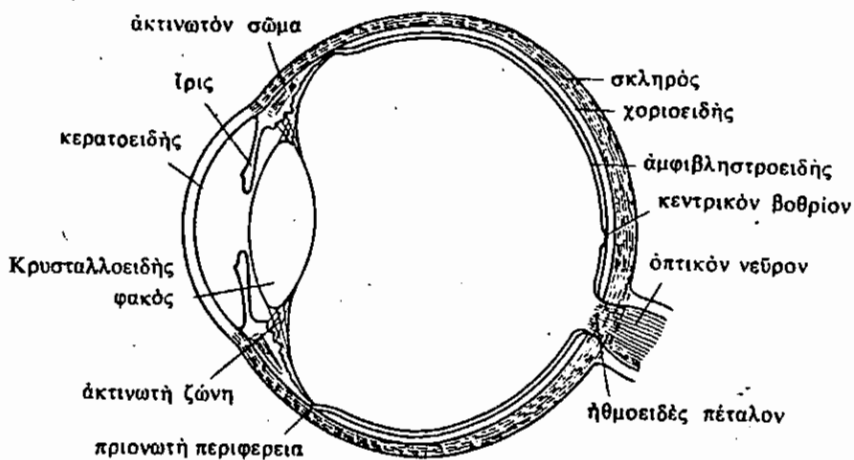
3.- Αμφιβληστροειδής χιτώνας: Αποτελείται από δυο πέταλα: το ένα λέγεται μελάχρουν επιθήλιο και το άλλο νεύρινο οπτικό πέταλο του αμφιβληστροειδούς. Ο αμφιβληστροειδής είναι ο σπουδαιότερος χιτώνας του βολβού, από απόψεως λειτουργικότητας. Και ενώ ο σκληρός και ο κερατοειδής είναι χιτώνες στήριξης και προστασίας του βολβού και ο χοριοειδής είναι χιτώνας που κατά κύριο λόγο τρέφεται ο βολβός, ο αμφιβληστροειδής είναι ο χιτώνας που κατά κύριο λόγο είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία της οράσεως. Αξιοσημείωτο είναι ότι αυτός ο χιτώνας αποτελεί κατά την εμβρυϊκή ηλικία, μέρος του εγκεφάλου και αναπτύσσεται από τον εγκέφαλο, δημιουργώντας τον εσωτερικό χιτώνα του οφθαλμού. Από αυτό συνεπάγεται ότι αποτελείται από νευρικό ιστό, ο οποίος σε μια βλάβη δεν είναι δυνατό να αντικατασταθεί, από τον ίδιο τον οργανισμό ή δια μεταμοσχεύσεως. Δηλαδή, καταστροφή αυτού του χιτώνα σε ένα τμήμα του, συνεπάγεται και τύφλωση για το τμήμα αυτό,

ενώ ο κερατοειδής χιτώνας είναι δυνατόν να μεταμοσχευθεί από άλλον νεκρό άνθρωπο και η απολεσθείσα όραση να επανέλθει στα φυσιολογικά της όρια.

β) Περιεχόμενο : Το περιεχόμενο του βολβού αποτελείται από το: α) Υδατοειδές υγρό, β) τον κρυσταλλοειδή φακό και γ) το υαλοειδές σώμα, τα οποία λέγονται διαθλαστικά μέσα και συντελούν στο να συγκεντρωθούν οι ακτίνες στον αμφιβληστροειδή.



Εικ. 2. Χιτώνες (I - III) και χώροι (1 - 3) του βολβού του οφθαλμού.
I. Κερατοειδής και σκληρός χιτών (έξω χιτών) 1. Πρόσθιος θάλαμος
II. Ίρις, ακτινωτόν σώμα, χοριοειδής χιτών (μέσος χιτών) 2. Όπισθιος θάλαμος
III. Αμφιβληστροειδής (έσω χιτών) 3. Χώρος του υαλοειδούς σώματος



Εικ. 3. Τομή του βολβού του οφθαλμού.

ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΒΟΛΒΟΥ

1.- Βλέφαρα: Είναι δύο, το ένα κάτω και το άλλο πάνω. Προστατεύουν το βολβό από τις εξωτερικές επιδράσεις και τον κερατοειδή που τον υγραίνουν με τα δάκρυα. Στις άκρες έχουν τις βλεφαρίδες. Το σημείο που ενώνεται το άνω και το κάτω βλέφαρο λέγεται κανθός (έσω και έξω κανθός).

2.- Επιπεφυκότα: Είναι λεπτός βλενογόνος που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια των βλεφάρων και την πρόσθια επιφάνεια του σκληρού χιτώνα.

3. Δακρυϊκή συσκευή: Στη συσκευή αυτή παράγονται τα δάκρυα. Το τμήμα που παράγει τα δάκρυα λέγεται εκκριτικό και το τμήμα με το οποίο έρχονται στη μύτη δια μέσου του δακρυϊκού πόρου λέγεται αποχετευτικό.

4.- Οφθαλμικοί μύες: Κινούν τον οφθαλμό προς τις διάφορες κατευθύνσεις. Είναι 4 ορθοί και 2 λοξοί.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Το αισθητήριο της οράσεως ερεθίζεται από το φως. Οι φωτεινές ακτίνες πέφτουν στον οφθαλμό και έρχονται μέσα από τον διαφανή κερατοειδή. Η κόρη ανάλογα με την ένταση του φωτός μικραίνει και μεγαλώνει αυτόματα και ρυθμίζει το ποσό των ακτίνων που εισέρχονται στο εσωτερικό του βολβού όπου επικρατούν συνθήκες σκοτεινού θαλάμου φωτογραφικής μηχανής. Μέσα στο βολβό, διαθλώνται διαμέσου του περιεχομένου του βολβού. Ο αμφίκυρτος φακός συγκεντρώνει τις ακτίνες οι οποίες παίρνουν τέτοια φορά, ώστε να διάφορα σημεία του ορωμένου αντικειμένου απεικονίζονται σε διάφορα σημεία του αμφιβληστροειδούς. Έτσι στον αμφιβληστροειδή σχηματίζεται το σαφές αλλά ανεστραμμένο είδωλο του αντικειμένου. Η προβολή αυτή των φωτεινών σημείων προκαλεί τον ερεθισμό του οπτικού νεύρου το οποίο μεταφέρει το ερέθισμα στον εγκέφαλο και ειδικά στο φλοιό της πληκτραίας σχισμής του ινιακού βολβού, που είναι το κέντρο της οράσεως. Το κέντρο αυτό επεξεργάζεται τα ερεθίσματα και το είδωλο αναστρέφεται πάλι από την αρχή ώστε να βλέπουμε τα αντικείμενα κανονικά και όχι ανεστραμμένα.

Ο φυσιολογικός οφθαλμός μπορεί να προβάλλει τα είδωλα στον αμφιβληστροειδή είτε κοντά είτε μακριά, βρίσκονται με την ενέργεια του ακτινωτού μυός (κύρτωση φακού ή αποπλάτυνση). Η ιδιότητα αυτή καλείται προσαρμοστική ικανότητα. Το ελάχιστο όριο αποστάσεως για να είναι δυνατή η όραση είναι 12 cm. Η προβολή του ειδώλου γίνεται και με τους δυο οφθαλμούς συγχρόνως και τα είδωλα γίνονται αντιληπτά σαν ένα, εφόσον οι οφθαλμοί βρίσκονται σε κανονική θέση. Εάν πιέσωμε λίγο το ένα βλέφαρο, βλέπουμε το αντικείμενο διπλό.

Ο Φ Θ Α Λ Μ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Α Φ Α Ρ Μ Α Κ Α

Τα συνηθισμένα οφθαλμολογικά φάρμακα διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- 1.- Τα τοπικά αναισθητικά, τα οποία αναστέλουν την δημιουργία και την μετάδοση των διεγέρσεων, προκαλούν αναισθησία της περιοχής και ανακούφιση από το άλγος.
- 2.- Τα μυδριατικά, ουσίες οι οποίες προκαλούν διαστολή (αύξηση της διαμέτρου) της κόρης του οφθαλμού.
- 3.- Τα μυωτικά, ουσίες οι οποίες προκαλούν σμίκρυνση (μύση) της κόρης του οφθαλμού.
- 4.- Τα αντιβιοτικά, ουσίες οι οποίες προκαλούν τον θάνατο ή αναστέλουν την ανάπτυξη μικροοργανισμών συνήθως παθογόνων μικροβίων.
- 5.- Τα αντιφλεγμονώδη, ουσίες οι οποίες παρεμποδίζουν την διεύρυνση των τριχοειδών, το οίδημα, την αύξηση του εξυδρώματος και άλλα στοιχεία της φλεγμονώδους αντιδράσεως.

1. Α Ν Α Ι Σ Θ Η Τ Ι Κ Α

Από τα παλαιότερα και ισχυρότερα αναισθητικά είναι η κοκαΐνη. Αυτή όμως είναι τοξική, για το επιθήλιο του κερατοειδούς και προκαλεί μυδρίαση (την οποία αποφεύγουμε σε μορφές γλαυκώματος κ.ά.). Πρέπει να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη προσοχή και μόνο κατόπιν εντολής του υπεύθυνου γιατρού.

Λιγότερο τοξική είναι η τετρακαΐνη (παντοκαΐνη) κ.ά. Σήμερα χρησιμοποιούνται λιγότερο τοξικά τοπικά αναισθητικά, όπως η NOVESINE, το OPHTHETIC κ.ά.

Η Αδελφή σαν πρώτη βοήθεια πρέπει να ενσταλλάξει ένα από τα νεώτερα αναισθητικά κολλύρια, για μικρό όμως χρονικό διάστημα και όχι συχνά, για ανακούφιση από το οφθαλ-

μολογικό άλγος. Εδώ αξίζει να σημειώσουμε ότι και αυτά εδώ τα μαντέρνα αναισθητικά προκαλούν σε συχνή χρήση, βλάβη στο επιθήλιο του οφθαλμού.

Είναι γνωστό το φαινόμενο που παρατηρείται στην Ελλάδα, ότι πολλοί σιδηρουργοί οι οποίοι κατά την ηλεκτροσυγκόλληση έπαθαν μιας ελαφράς μορφής κερατίτιδας, γνωρίζουν το αναισθητικό κολλύριο και το ρίχνουν ανεξέλεγκτα στα μάτια τους για να ανακουφισθούν από τους πόνους. Το καλλύριο αυτό καταστρέφει το επιθήλιο με αποτέλεσμα να γίνει εύκολα μια μόλυνση και το μάτι να κινδυνέψει να χαθεί. Η σωστή θεραπεία είναι να χρησιμοποιηθεί αυτό το κολλύριο μόνο στην αρχή, κατόπιν της εντολής του γιατρού και μετά να δεθεί το μάτι με αντιβιοτική αλοιφή και βιταμίνη Α και να παρακολουθηθεί τις επόμενες ημέρες.

2. ΜΥΔΡΙΑΤΙΚΑ :

Μυδρίαση προκαλούν οι ουσίες, οι οποίες επιδρούν στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και οι οποίες προκαλούν παράλυση του παρασυμπαθητικού συστήματος (η ατροπίνη) ή ερεθισμό του συμπαθητικού, όπως η αδρεναλίνη ή ακόμα και η κοκαΐνη.

Το πλέον γνωστό μυδριατικό είναι η ατροπίνη. Αυτή προκαλεί διαστολή της κόρης και παράλυση της προσαρμογής. Χρησιμοποιείται σε πυκνότητα 0,5% (στα παιδιά) ή σε μεγαλύτερη ποσότητα (επί ενηλίκων). Λόγω της παραλύσεως της προσαρμογής (κυκλοπληγία) την οποία προκαλούμε, την χρησιμοποιούμε σε μικρούς ασθενείς για να εξετάσουμε τη διάθλαση αυτών (δηλαδή αν έχουν φυσιολογική όραση ή είναι μύωπες, υπερμέτρωπες ή πάσχουν από αστιγματισμό) κυρίως τη χρησιμοποιούμε κατά την εξέταση, την οποία ονομάζουμε σκιασκοπία.

θεραπευτικώς χρησιμοποιείται κυρίως για την θεραπεία των ραγοειδιτιτίδων (φλεγμονών της ίριδας κ.ά.) Για την ατροπίνη πρέπει να γνωρίζουμε ότι λόγω της παραλύσεως της προσαρμογής, μειώνεται κατόπιν ενσταλλάξεως η όραση των ασθενών. (Κυρίως τα άτομα αυτά δεν μπορούν να διαβάσουν). Απαγορεύεται η χρήση ατροπίνης σε ωρισμένα άτομα επιρρεπή προς το οξύ γλαύκωμα. Επίσης πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ατροπίνη είναι ισχυρότατο δηλητήριο και δεν πρέπει να ληφθεί το φάρμακο αυτό από το στόμα. Π.Χ. αν ο ασθενής μπερδέψει το αντιβιοτικό κολλύριο και το πάρει από το στόμα, αυτό δεν έχει καμμία ιδιαίτερη συνέπεια. Αν γίνει το ίδιο με την ατροπίνη είναι δυνατόν να επέλθει ακόμα και θάνατος. Πρέπει να προσέχουμε οι ενσταλλάξεις στα μικρά παιδιά, να μην είναι πολύ συχνές, γιατί κατά την ενστάλλαξη πάντα έρχεται ένα μικρό μέρος ατροπίνης δια μέσου της δακρυϊκής συσκευής στο στόμα και είναι δυνατόν να έχουμε μιας ελαφράς ή και βαρείας μορφής δηλητηρίαση.

Για τη δημιουργία μυδρίασεως και για τον καλύτερο έλεγχο του βυθού του οφθαλμού (οφθαλμοσκόπηση) ενσταλλάζουμε οματροπίνη ή κολλύριο φαινυλεφρίνης 5 ή 10% ή ωρισμένα νεώτερα σκευάσματα όπως το ΜΥΔΡΙΑΤΙCUM. Τα τελευταία επιτυγχάνουν γρήγορη και σχετικά μικρή διάρκεια μυδρίασης.

3. ΜΥΩΤΙΚΑ :

Αυτά χρησιμοποιούνται για την θεραπεία του γλαυκώματος και το παλαιότερο (ίσως και το συχνότερο) χρησιμοποιούμενο κολλύριο είναι η πιλοκαρπίνη (σε διάφορες πυκνότητες 0,5 ως 4%). Αυτή φέρεται με πολλά εμπορικά ονόματα.

4. ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΑ :

Τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά κολλύρια

είναι η χλωραμφενικόλη, οι σουλφαναμίδες συνδυασμός πολυμυξίνης - νεομυκίνης και βακιτρακίνης.

Νεώτερα αντιβιοτικά όπως οι συνθετικές πενικιλίνες, η αμπικιλίνη (PENBRITIN), η μεθυκιλλίνη (STAPHICILLIN) κ.ά., χρησιμοποιούνται συχνά και δια της γενικής οδού, γιατί δρουν και στους ανθεκτικούς σταφυλοκόκκους και γιατί εισέρχονται σε μεγάλες σχετικές πυκνότητες στο υδατοειδές υγρό. Μεγάλη διεισδυτικότητα μέσα στο υδατοειδές υγρό, παρουσιάζουν και οι κεφαλοσπορίνες κ.ά. Τα αντιβιοτικά εκτός από μορφή κολλυρίων, μπορούν να δοθούν στο μάτι, σε μορφή αλοιφών. Το μεγάλο προτέρημα της αλοιφής είναι ότι δρα επί περισσότερο χρόνο στο μάτι και κατά αυτό τον τρόπο δημιουργείται μεγάλη πυκνότητα αντιβιοτικού στους ιστούς. Ενώ το κολλύριο, με το δάκρυ ξεπλένεται σε λίγο χρονικό διάστημα και έτσι η επίδρασή του είναι περιορισμένης διάρκειας, η αλοιφή δεν μπορεί να ξεπλυθεί εύκολα και η επίδρασή της είναι μακράς διάρκειας. Γι' αυτό προτιμούμε να την δίνουμε μεσημέρι και βράδυ, πριν πέσει ο ασθενής να κοιμηθεί, ώστε να επιδρά κατά τη διάρκεια του ύπνου πολλές ώρες. Η χορήγηση των αντιβιοτικών μπορεί να γίνει και υπό μορφή ενέσεων στον οφθαλμικό κόγχο κοντά στον βολβό. Η χορήγηση αυτή δίδεται σε οξείες και βαρείες περιπτώσεις. Τέλος η χορήγηση του αντιβιοτικού μπορεί να γίνει μακριά από τον οφθαλμό, είτε σε μορφή δισκίων από το στόμα, είτε υπό μορφή ενέσεως I.M. είτε I.V., είτε υπό μορφή ορού.

5. Α Ν Τ Ι Φ Λ Ε Γ Μ Ω Ν Ω Δ Η :

Πολλά κολλύρια περιέχουν κορτιζόνη ή νεώτερα συνθετικά παράγωγα αυτής (ώδως δεξαμεθαζόνης, βεταμεθαζόνης κ.ά.), βρίσκουν μεγάλη εφαρμογή. Τα αντιφλεγμονώδη παράγωγα της

κορτιζόνης, εξασκούν ευεργετική και θεαματική θεραπευτική ενέργεια επί φλεγμονών του οφθαλμού (ιδίως ραγοειδιτίδων, εαφινής επιπεφυκίτιδος, αλλεργικής κερατοειδοεπιπεφυκίτιδος) προς πρόληψη συμπαθητικής οφθαλμίας. Επί μεγάλης χρήσεως αυτών, μπορούν να εμφανισθούν ωρισμένες παρενέργειες όπως γλαύκωμα, καταρράκτης, εξασθένηση της τοπικής άμυνας του κερατοειδούς και ανάπτυξη ιών, μυκήτων και μικροβίων.

Αντενδείξεις χορηγήσεως κορτικοστεροειδών (κορτιζόνης):

- 1.- Προσβολή του κερατοειδούς από μύκητες, ψευδομονάδες, ιός της ευλογιάς ή κατόπιν δαμαλισμού.
- 2.- Τράχωμα.
- 3.- Ενεργός φυματιώδης προσβολή.
- 4.- Πυώδεις φλεγμονές του κερατοειδούς.
- 5.- Γενικά αντενδείκνυται συστηματική χορήγηση σε: διαβήτη, έλκος στομάχου, καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια.

Η χορήγηση μπορεί να γίνει κατά τους ίδιους τρόπους, όπως η χορήγηση των αντιβιοτικών.

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή φ ρ ο ν τ ί δ α

Η Αδελφή όταν κάνει νοσηλεία με κολλύρια ή αλοιφές πρέπει να προσέχει τα εξής:

1. Ελέγχει με πολλή προσοχή το κολλύριο που θα χρησιμοποιήσει εάν είναι το ενδεδειγμένο (μυωτικό - μυδριατικό) διότι μια απρρσεξία έχει σοβαρές επιπτώσεις για την όραση του αρρώστου.
2. Ελέγχει με πολλή προσοχή και ακρίβεια εάν το κολλύριο που θα χρησιμοποιήσει είναι για σηπτική φλεγμονή ή εγχείρηση (όπως δακρυοκυστίτιδα, απόστημα κ.λ.π. ή για άσηπτο οφθαλμό).

Συνήθως στην κλινική είναι καταλλήλως ξεχωρισμένα και φυλαγμένα τα σηπτικά από τα άσηπτα κολλύρια.

3. Εξέγχει με πολλή προσοχή εάν το κολλύριο που θα χρησιμοποιή-
σει, έχει πάθει αλλοίωση.
4. Επιδιώκει τα κολλύρια και οι αλοιφές να είναι ατομικές.
Έτσι αποφεύγεται η μόλυνση από άτομο σε άτομο.
5. Επίσης η Αδελφή εξηγεί στον άρρωστο το είδος του φαρμάκου
και την ενέργειά του.

Η νοσηλευτική φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου πε-
ριλαμβάνει και ειδικές νοσηλίες όπως:

Α. Ε ν σ τ α λ ά ξ ε ι ς : Η Αδελφή πρέπει να ξέρει:

α) Το σκοπό των ενσταλλάξεων:

Τοπική αναισθησία - Εξέταση του βυθού - Απολύμανση -
- θεραπεία.

β) Αντικείμενα προς χρήση:

Σταγονόμετρο - Τολύπια βάμβακος.

Φάρμακα (κολλύρια).

γ) Τρόπος εργασίας:

Με το αριστερό χέρι κρατά το τολύπιο από βαμβάκι και
σύρει με το δείκτη το κάτω βλέφαρο προς τα κάτω και πα-
ρακαλεί τον άρρωστο να βλέπει προς τα πάνω. Με το δεξι
χέρι κρατά το σταγονόμετρο το οποίο κατευθύνει προς τον
έξω κανθό, σε απόσταση 2 εκατοστών από τον επιπεφυκότα.
Ρίχνει τις σταγόνες και κρατά το βλέφαρο λίγο ανοικτό.
Λέει στον άρρωστο να κλείσει τον οφθαλμό, τον οποίο στεγ-
νώνει εξωτερικώς με το τολύπιο.

Η Αδελφή πρέπει να προσέξει να μην έλθει σε επαφή το
σταγονόμετρο με τα βλέφαρα.

Β. Τ ο π ο θ έ τ η σ η α λ ο ι φ ή ς : Κατά την τοποθέτηση
αλοιφής η Αδελφή πρέπει να ξέρει τα εξής:

α) Σκοπό:

Θεραπεία - ανακούφιση

β) Αντικείμενα που θα χρησιμοποιήσει.

Αλοιφή

Ράβδος υάλινη

Τολύπια βάμβακος

γ) Τρόπος εργασίας

Προηγείται καθαριότητα του οφθαλμού από τα εκκρίματα.

Γίνεται εφαρμογή της αλοιφής στον επιπεφυκότα του κάτω βλεφάρου.

Γ. Θ ε ρ μ ά ε π ι θ έ μ α τ α: Η Αδελφή πρέπει να ξέρει τα εξής:

α) Σκοπό

Καθαριότητα εξωτερικού μέρους οφθαλμού.

β) Αντικείμενα που θα χρησιμοποιήσει

1. Αποστειρωμένη κάψα με το υγρό (βορικό οξύ 2-3%, νερό ή χαμομήλι) και με μια γάζα αποστειρωμένη σκεπασμένη.

2. Επίθεμα από γάζα και βαμβάκι.

3. Δυο λαβίδες αποστειρωμένες.

4. Βαζελίνη.

5. Τολύπια από γάζα.

6. Νεφροειδές.

7. Επίδεσμος.

γ) Τρόπο εργασίας.

Επαλείφει με βαζελίνη τα βλέφαρα και το δέρμα γύρω από τον οφθαλμό. Ευστρέφει το επίθεμα. Όταν ο άρρωστος κλείσει τα βλέφαρα τοποθετεί το επίθεμα. Καλύπτει με ένα τεμάχιο από βαμβάκι μέσα σε γάζα το επίθεμα και συγκρατεί αυτό με τον επίδεσμο. Αλλάζει τα επιθέματα σε συχνά χρονικά διαστήματα και αφήνει αυτά μισή ώρα περίπου.

Δ. Πλύση οφθαλμού : Κατά την εκτέλεση της πλύσεως του οφθαλμού η Αδελφή πρέπει να ξέρει τα ακόλουθα:

α) Σκοπό.

Αφαίρεση ξένου σώματος.

Απομάκρυνση τοξικών ουσιών.

Καθαρισμός του οφθαλμού.

β) Αντικείμενα που θα χρησιμοποιήσει:

1. Ειδική συσκευή (τύπου πουάρ) ή ειδική φιάλη ή και απλή σύριγγα.

2. Τολύπια γάζης.

3. Νεφροειδές.

4. Τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών.

γ) Σειρά εργασίας:

Τοποθετεί τον άρρωστο σε υπτία θέση με ελαφρά στραμμένο το κεφάλι προς τον οφθαλμό, στον οποίο θα γίνει η πλύση. Ανοίγει τα βλέφαρα με τον δείκτη και τον αντίχειρα του αριστερού χεριού. Πλένει τον επιπεφυκότα κατευθύνοντας τη φιάλη από τον έσω κανθό προς τον έξω σ όλο το πλάτος του οφθαλμού και επαναλαμβάνεται το ίδιο μέχρις ότου πλυθεί καλά. Σπουδαίο είναι ότι σε περίπτωση εγκαύματος του οφθαλμού με οξέα ή βάσεις, η πλύση του οφθαλμού πρέπει να γίνεται το ταχύτερο δυνατόν. Είναι δυνατόν ένα μάτι, το οποίο έπαθε έγκαυμα π.χ. με ασβέστη, να σωθεί εφόσον η πλύση γίνεται αμέσως εκείνη τη στιγμή. Ενώ όσο περνούν τα λεπτά και οι ώρες τόσο χειρότερη πρόγνωση έχει αυτό το μάτι να διατηρήσει τη φυσιολογική του όραση. Σε μια τέτοια περίπτωση που έπεσε ασβέστης ή άλλο χημικό υλικό στα μάτια του ασθενούς, ποτέ δεν περιμένουμε την μεταφορά του, στο πλησιέστερο Νοσοκομείο, γιατί κάθε

κάθε λεπτό που περνάει είναι ζωτικής σημασίας. Αλλά αμέσως ρίχνουμε άφθονο νερό αφού ανοίξουμε τα βλέφαρα του ασθενούς στα μάτια, έστω και αν ο ασθενής έχει φοβερούς πόνους και αντιδρά σ αυτήν την τακτική. Η καλύτερη μέθοδος είναι να κρατήσουμε τα βλέφαρα ανοικτά κάτω από τη βρύση.

Η Αδελφή γενικά έχει υπ όψιν της τα εξής:

Δεν ενσταλλάζει φάρμακο στον κερατοειδή.

Αλλάζει το σταγονόμετρο το οποίο έχει έλθει σε επαφή με τον επιπεφυκότα του αρρώστου.

Δεν χρησιμοποιεί το ίδιο σταγονόμετρο για σηπτικούς ή άσηπτους οφθαλμούς.

Το κολλύριο ή αλοιφή εάν δεν είναι ατομικά, χρησιμοποιείται σταγονόμετρο για το κολλύριο και ναλίνη ράβδος για την αλοιφή.

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΣΚΙΑΣΚΟΠΙΑ: Γίνεται συνήθως κατόπιν μυδριάσεως του οφθαλμού, με ένα ειδικό όργανο όπου μπορεί να διαγνωσθεί η μυωπία, η υπερμετρωπία ή ο αστιγματισμός του πάσχοντος οφθαλμού. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως σε παιδιά που πάσχουν από στραβισμό.

ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ: Με αυτή ελέγχουμε τις διαθλαστικές ανωμαλίες της οράσεως όπως μυωπία, αστιγματισμός, υπερμετρωπία και αλλοιώσεις του βυθού.

Βαθμοί οπτικής οξύτητας κάτω του 1/10:

- α) Τέλετα τύφλωση.
- β) Αντίληψη του φωτός. Ο άρρωστος αντιλαμβάνεται μόνο το φως.
- γ) Αντίληψη χεριού που κινείται. Ο άρρωστος αντιλαμβάνεται το φως σαν κινήσεις χεριού.
- δ) Μέτρηση δακτύλων. Ο ασθενής μπορεί να μετρήσει τα δάκτυλα που του δείχνουν.

Η οπτική οξύτης άνω της μετρήσεως των δακτύλων μετράται σε δέκατα από 1/10 ως 10/10 όπου έχουμε και όραση φυσιολογική. Πολλοί άνθρωποι όμως είναι δυνατόν να αναπτύξουν όραση μεγαλύτερη της φυσιολογικής είτε 12/10 ή 14/10.

ΟΦΘΑΛΜΟΣΚΟΠΗΣΗ: Γίνεται με τη βοήθεια του ειδικού οργάνου, του οφθαλμοσκοπίου. Πολλές φορές πριν την εξέταση, για την καλύτερη οφθαλμοσκόπηση γίνονται ενσταλάξεις φενυλεφρίνης και οματροπίνης, κατόπιν ιατρικής εντολής. Με την οφθαλμοσκόπηση μπορεί να εξετασθεί ο βυθός του οφθαλμού, είτε το οπτικό νεύρο, η ωχρά κηλίς και ο υπόλοιπος αμφιβληστροειδής. Ιδιαίτερος τρόπος οφθαλμοσκόπησης αποτελεί η εξέταση

κατά Goldmann. Και εδώ γίνεται πρώτα ενστάλλαξη με μυδριατικό, τοποθέτηση στον οφθαλμό ειδικών κατόπτρων και παρατήρηση του βυθού του οφθαλμού με τη σχισμοειδή λυχνία. Η μέθοδος αυτή δίνει τη δυνατότητα για λεπτομερέστατη εξέταση του οφθαλμού, καθώς επίσης και για τελείως περιφερειακή εξέταση του αμφιβληστροειδούς, η οποία είναι αδύνατος με το κοινό οφθαλμοσκόπιο.

Τ Ο Ν Ο Μ Ε Τ Ρ Η Σ Η : Ελέγχει τον τόνο (πίεση των οφθαλμών). Γίνεται με τη βοήθεια σταγόνων τοπικού αναισθητικού όπως νοβεζίνης ή τετρακαΐνης, 1-2 σταγόνες για να μην αντιδρά ο οφθαλμός στην τοποθέτηση του τονομέτρου. Το τονόμετρο είναι εργαλείο και χρησιμεύει για τη μέτρηση του ενδοφθαλμίου τόνου. Εφαρμόζεται επάνω στον κερατοειδή χιτώνα και ο δείκτης του κινούμενος, μας δείχνει σε χιλιοστόμετρα στήλης υδραργύρου, την αντίστοιχη πίεση του οφθαλμού. Ο άρρωστος τοποθετείται σε καθιστική θέση, με το κεφάλι προς τα πίσω. Η φυσιολογική τιμή του οφθαλμικού τόνου κυμαίνεται μέχρι 20 mm Hg. Διαταραχές της πίεσεως δημιουργούν υποτονία ή υπερτονία των οφθαλμών.

Η καινούργια μέθοδος της τονομετρήσεως γίνεται με το *Aplantion tonometer*, το οποίο είναι πολύ πιο ευαίσθητο όργανο και ο ασθενής δεν αισθάνεται καθόλου την πίεση που εξασκείται πάνω στο μάτι. Το τονόμετρο αυτό προσαρμόζεται στη σχισμοειδή λυχνία και ο ασθενής κάθεται μπροστά απ αυτήν.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΧΡΩΜΑΤΟΨΙΑΣ : Ο άνθρωπος δεν αντιλαμβάνεται μόνο το σχήμα, τις διαστάσεις και τη μορφή των διαφόρων αντικειμένων, αλλά και το χρωματισμό τους. Για την αιτιολόγηση αυτής της εξαιρετικής ευαισθησίας στη διάκριση των χρωμάτων, υπάρχουν πολλές υποθέσεις. Μεταξύ των πολλών, υπάρχει και η υπόθεση, ότι σε κάθε σημείο του αμφιβληστροειδούς, βρίσκονται ξεχωριστές ίνες για τα διάφορα βασικά χρώματα, από τα οποία προέρχονται τα διάφορα άλλα σύνθετα χρώματα. Η συχνότερη περίπτωση είναι η τύφλωση για το πράσινο και το κόκκινο χρώμα. Η συγγενής τύφλωση για όλα τα χρώματα είναι σπάνιο φαινόμενο. Η αχρωματοψία ελέγχεται με ειδικό έγχρωμο πίνακα του γνωστού Ισαχάρα. Άλλοι μέθοδοι για την αναγνώριση της αχρωματοψίας είναι : η απλή μέθοδος : ο τρίχρωμος φανός και η πολύπλοκη μέθοδος με μεγάλη ακρίβεια στη διάγνωση της αχρωματοψίας; το ανωμαλοσκόπιο του Νέγκελι.

ΣΧΙΣΜΟΕΙΔΗΣ ΔΥΧΝΙΑ : Πρόκειται για ένα μικροσκόπιο με διάφορες μεγενθύνσεις, όπου τα πρόσθια τμήματα του οφθαλμού, μπορούν να παρακολουθούνται σε μεγέθυνση, ή και σε οπτική τομή (επιπεφυκότητας, κερατοειδής, πρόσθιος θάλαμος, ίρις, φακός). Δια τοποθέτησεως μιας τρικατόπτρου υάλου κατά Goldman, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί το υαλώδες σώμα και ο αμφιβληστροειδής. Δηλαδή, μπορούμε να κάνουμε μια πλήρη βυθογραφία του οφθαλμού, μέχρι και το ακτινωτό σώμα κατόπιν μυδριάσεως.

ΑΣΤΙΓΜΑΤΟΜΕΤΡΟ JAVAL : Αυτό αποσκοπεί στον έλεγχο του αστιγματισμού. Ο αστιγματισμός οφείλεται σε ανώμαλη κύρτωση του κερατοειδή. Λόγω αυτού, παραμορφώνονται τα αντικείμενα. Με το αστιγματόμετρο προσδιορίζεται ο βαθμός του

αστιγματισμού και χρησιμοποιούνται ειδικά γυαλιά.

Ν ο σ η λ ε υ τ ε κ ή φ ρ ο ν τ ί δ α

Σκιασκοπία:

Η Αδελφή προσέχει, ώστε η ενστάλλαξη να γίνει με το κατάλληλο κολλύριο, το οποίο όρισε ο γιατρός και σε δεδομένα από τον γιατρό, χρονικά διαστήματα. Εξηγεί στον ασθενή, ότι κατόπιν από την ενστάλλαξη θα βλέπει πιο θαμπά. Σε περίπτωση που πρόκειται για σκιασκοπία των παιδιών, καθησυχάζει αυτά, ώστε να είναι συνεργάσιμα σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης.

Οπτική οξύτητα:

Η Αδελφή φροντίζει να εξηγεί στον άρρωστο, το είδος της εξέτασής. Τον τοποθετεί στην κατάλληλη απόσταση από του οπτοτύπου (4-5 μέτρα). Βοηθάει τον άρρωστο στην αλλαγή των δοκιμαστικών γυαλιών.

Οφθαλμοσκόπηση:

Η Αδελφή κατά την οφθαλμοσκόπηση πρέπει να έχει υπόψη της τα εξής:

- Εξηγεί στον ασθενή, το είδος της εξέτασης.
- Δημιουργεί συνθήκες συσκοτήσεως του χώρου.
- Τοποθετεί τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση (καθιστική ή ύπτια).
- Βοηθεί τον άρρωστο κατά την εξέταση, ώστε να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες και να συνεργάζεται με τον γιατρό.
- Εξηγεί στον άρρωστο τις οδηγίες που έχει δώσει ο γιατρός.

Τονομέτρηση:

Γίνεται με τη βοήθεια τοπικού αναισθητικού κολλυρίου, όπως νοβεζίνη ή τετρακαΐνη 1-2 σταγόνες. Αυτό αποβλέπει στο

να μην αντιδράσει ο οφθαλμός στην τοποθέτηση του τονομέτρου. Η Αδελφή φροντίζει γι αυτό. Τοποθετεί τον άρρωστο σε καθιστική θέση και κατά διαστήματα γίνεται απολύμανση των τονομέτρων με κατάλληλα αντισηπτικά.

Έλεγχος αχρωματοψίας:

Η Αδελφή φροντίζει για τα εξής:

- Εξηγεί στον άρρωστο το είδος της εξέτασης.
- Τοποθετεί τον άρρωστο στην κατάλληλη απόσταση από τον πίνακα του Ισαχάρα.
- Βοηθάει τον άρρωστο κατά την εξέταση.
- Εξηγεί στον άρρωστο τις οδηγίες που έδωσε ο γιατρός.

Γ Ε Ν Ι Κ Η Ε Ξ Ε Τ Α Σ Η Τ Ω Ν Μ Α Τ Ι Ω Ν

Αυτή γίνεται από τον Οφθαλμίατρο και συχνά έχει σαν συμπέρασμα, διάφορους όρους που δείχνουν παρέκλιση από τη φυσιολογική όραση.

Η Διπλωματούχος Αδελφή πρέπει να γνωρίζει τη σημασία τους. Επίσης να γνωρίζει τα διάφορα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς σκοπούς και τα οποία προκαλούν μυδρίαση (μεγέθυνση) της κόρης του ματιού ή και μύση (σμί - κρυνση) μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα. Επίσης πρέπει να γνωρίζει η Αδελφή που εργάζεται σε μια Οφθαλμολογική Κλινική, ότι η απόσταση του ματιού και ενός ορισμένου αντικειμένου είναι κριτήριο της οξύτητας του ματιού και της καλής λειτουργίας του.





























Πρέπει να γίνεται λεπτομερής καθαρισμός των οφθαλμών και κατά την εξέταση, γιατί χρησιμοποιούνται όργανα ή εργαλεία τα οποία έρχονται σε επαφή με τα μάτια. Τέτοια όργανα που χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς σκοπούς είναι το οφθαλμοσκόπιο, το τονόμετρο κ.λ.π.

Για να εξετάσουμε την οπτική οξύτητα του οφθαλμού, χρησιμοποιούμε διάφορους πίνακες. Για τους αγράμματους χρησιμοποιείται ο πίνακας U. Hess που παριστάνει κομμένους κύκλους σε κάποιο σημείο. Για τα παιδιά χρησιμοποιούνται πίνακες παιδικών εικόνων κατά Lohlein, που παριστάνουν διάφορα αντικείμενα, ζώα κ.λ.π.

50	T	50	5
35	E P	35	2 7
25	L H V	25	9 4 8
20	O S T A	20	7 3 4 6
15	L C V E	15	6 2 5 8 3
10	F Z T H P	10	2 8 3 4 5 9
7,5	N L O S V H	7,5	6 1 7 3 2 5
5	O Z U F K L	5	7 5 6 4 2 3
4	T E P C L V O	4	3 1 5 2 7 9 4

Εικ. 263 και 264, Πίνακες δοκιμαστικής, ανάγνωσης (απόστασις 5 m) κατά Schweigger.

37

	0,1	17	$D=50m$		$V=0,1$	
	0,2	40				
	0,3	7 1	$D=25m$		$V=0,2$	
	0,4	4 7				
	0,5	1 1	$D=16,6m$		$V=0,3$	
	0,6	10				
	0,7	40	$D=12,5m$		$V=0,4$	
	0,8	7 4	$D=10 m$		$V=0,5$	
	0,9	1 1	$D=8,3m$		$V=0,6$	
	1,0	1 1	$D=6,25m$		$V=0,8$	
	1,5	1 1	$D=5 m$		$V=1,0$	
	2,0	1 1				

Εικ. 265 και 266. Πίνακες δοκιμαστικής ανάγνωσης (απόστασις 5 m).
 *Αριστερά: διεθνείς δοκιμαστίαι κατά U. Hess. Δεξιά: Πίνακες παιδικών εικόνων κατά Löhlein.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ

Όπως κάθε άλλος ασθενής, έτσι και ο οφθαλμολογικός εκδηλώνει φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες τις οποίες καλείται η αδελφή να ικανοποιήσει. Δεν πρέπει να διαφεύγει από την προσοχή της, ότι ο ασθενής είναι δυνατόν να έχει προσβληθεί από μια γενική νόσο και η συμπτωματολογία από την όραση, να είναι ένα πρόδρομο σημείο εκδήλωσης αυτής και και επιπλοκή ακόμη. Συνήθως το πρωτοπαθές πάσχον όργανο δεν είναι ο οφθαλμός, αλλά επίπτωση λειτουργικών ανωμαλιών άλλου συστήματος, όπως αγγειοκινητικού, ήπατος κ.λ.π. Διαταραχές της όρασης, πολλές φορές είναι τα πρόδρομα σημεία, επερχόμενης οργανικής παθολογικής βλάβης.

Η συναισθηματική διέγερση και ανησυχία του ασθενούς, απαιτεί τόσο προσοχή, όσο και οι φυσικές του ανάγκες. Η πληροφορία ότι ενδέχεται να έχει μερική ή ολική μείωση της οράσεως, του θέτει σε αμφιβολία το παρόν και το μέλλον του. Η επερχόμενη ρήξη μεταξύ παρόντος και μέλλοντος, κυφορεί τον φόβο, την ανησυχία, την αβεβαιότητα και τη μελαγχολία. Είναι δυνατόν να εμφανισθούν ψυχική πίεση, επιθετική και εκδικητική διάθεση προς το περιβάλλον, αποστροφή και αδιαφορία προς τους δικούς του.

Η Αδελφή πρέπει να ενισχύει τον ασθενή, ώστε να εξωτερικεύσει την ανησυχία του αυτή και τους φόβους του, έτσι ώστε να μπορέσει η αδελφή να εντοπίσει την κεντρική αιτία αυτών. Πιθανόν η αδυνατότητα να συνεχίσει την εργασία του, να είναι κέντρο της ανησυχίας του. Επίσης η επερχόμενη αναπηρία, να δημιουργήσει οικογενειακά προβλήματα και κοινωνι-

κά ακόμη. Η Αδελφή έχοντας υπόψη το σύνολο "πάσχων άνθρωπος" και όχι "πάσχον όργανο", επικεντρώνει την αιτία της συναισθηματικής διαταραχής του ασθενή και προβαίνει σε διάφορες ενέργειες.

Η συμβουλή της Κοινωνικού Λειτουργού μπορεί να δώσει μια μερική ή και ολική λύση στο πρόβλημα που υπάρχει. Επίσης μια συζήτηση με τον θεράποντα γιατρό και ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να βοηθήσει στη λύση του προβλήματος.

Το θέμα της απασχολήσεως του ασθενή και της ψυχαγωγίας του, πρέπει να ενσωματωθούν στην όλη νοσηλευτική φροντίδα της Αδελφής. Πιθανόν η εργασιοθεραπεία να δώσει μια διέξοδο στην ψυχική ένταση του ασθενή. Επίσης η συζήτηση ή ακρόαση μουσικής κ.λ.π.

Η διαφορά που υπάρχει στον χαρακτήρα του κάθε ασθενή, οι συνθήκες αγωγής και μορφώσεως, απαιτούν από την αδελφή ευκαμψία και ευλυγισία στους χειρισμούς της, ώστε να οδηγήσει τον ασθενή της, σε οδό ασφάλειας και συναισθηματικής ισορροπίας. Ερεθίζει πολύ ψυχικά τον άρρωστο ο οποίος ενώ δεν βλέπει, απότομα αισθάνεται κάποιο χέρι να του κάνει αλλαγή, ενώ θα έπρεπε προηγουμένως νάχει ακούσει για το τι θα του γίνει. Γενικά πριν ακουμπήσουμε για οτιδήποτε τον άρρωστο, πρέπει να ακούσει τη φωνή που θα του εξηγεί ότι κάποιος θα τον ταΐσει, ή ότι θα του κάνει αλλαγή, ή θα του στρώσει το κρεβάτι κ.ά. Επίσης οι χειρισμοί, οι κινήσεις, οι αλλαγές, πρέπει να γίνονται με απόλυτη προσοχή και με χαμηλόφωνο τόνο να συζητείται στον άρρωστο τι πρέπει να του γίνεται, ώστε να ενημερώνεται ο ασθενής για κάθε εξέταση.

Τα ηλικιωμένα άτομα που συχνά νοσηλεύονται για τα μάτια τους και συμβαίνει να μην ακούνε κιόλας, χρειάζονται ιδιαί-

τερη προσοχή. Με ήπιες κινήσεις πρέπει να αντιληφθούν την παρουσία των ανθρώπων που τους περιβάλλουν και στη συνέχεια ότι θα τους φροντίσουν. Έχουν ανάγκη μεγαλύτερης φυσικής επικοινωνίας, γιατί έχουν αυξημένο το αίσθημα της απομόνωσης. Ο ασθενής πρέπει να έχει ένα κουδούνι που μπορεί να το χρησιμοποιεί για να καλεί, όταν θα χρειαστεί κάτι. Αυτό δίνει αίσθημα ασφάλειας στον άρρωστο ο οποίος δεν μπορεί να δει το κουδούνι για να ανάψει το φως της κλήσεως. Πρέπει να βοηθείται όσο το δυνατόν περισσότερο προς αντιμετώπιση των αναγκών του, καθ' όλο το χρόνο θα ενισχύεται για αυτοεξυπηρέτηση για να μην καλλιεργεί το αίσθημα της επιβαρύνσεως και κοπώσεως των άλλων. Ο ασθενής που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όρασή του, σιτίζεται με τη βοήθεια των αδελφών. Εάν όμως θέλει μόνος του να εξυπηρετηθεί, τότε επιβλέπεται από αυτή, προς αποφυγή αυτοτραυματισμού. Η κένωση του πεπτικού συστήματος επιτυγχάνεται με τη βοήθεια υποκλισμών ή και καθαρτικών υποθέτων.

Στους περιπατητικούς οφθαλμολογικούς ασθενείς συνιστάται για μεγάλο διάστημα ανάπαυση και ησυχία. Οι οφθαλμολογικοί ασθενείς δεν πρέπει να διαβάζουν, να καπνίζουν ή και να ξυρίζονται χωρίς ιατρική άδεια. Πρέπει να αποφεύγεται η τριβή των ματιών με τα χέρια καθώς και ο καθαρισμός αυτών με υγρά χειρομάνδηλα, ή άλλα μέσα. Οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε θεραπεία με ατροπίνη, οφείλουν να φορούν σκούρα γυαλιά στους οφθαλμούς.

Η όλη θεραπεία των οφθαλμολογικών ασθενών, γίνεται σε θαλάμους με ελαττωμένη ένταση φωτός. Γιατί ένα από τα κύρια συμπτώματα αυτών των ασθενών, είναι η φωτοφοβία. Η

Αδελφή προς αντιμετώπιση αναγκών χρησιμοποιεί λίγων κη-
ρίων τεχνητό φως, γιατί γενικά το έντονο φως της ημέρας
ή το τεχνητό επιδρά άσχημα στις παθήσεις των οφθαλμών.

Ποτέ ας μη ξεχνά η Αδελφή ότι ο οφθαλμολογικός ασθε-
νης "βλέπει με τα μάτια της αδελφής". Επομένως τόσο οι
φυσικές ανάγκες όσο και οι συναισθηματικές πρέπει να
γίνονται αντικείμενο φροντίδας της Αδελφής.

Γ Ε Ν Τ Κ Η Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η
Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Η προετοιμασία του οφθαλμολογικού ασθενούς, ο οποίος πρόκειται να υποστεί εγχείρηση, πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή και σχολαστικότητα. Η κένωση του εντέρου γίνεται με υποκλισμό το πρωί της ημέρας της εγχειρήσεως και η λήψη υγρών σταματά λίγες ώρες πριν από την εγχείρηση. Τα μαλλιά των γυναικών φροντίζονται ώστε να μην είναι αναγκαία η κόμωση, γιατί η παραμονή στο κρεβάτι θα είναι μεγάλη και ιατρικώς αντενδείκνυται το κτένισμα μετά την εγχείρηση για πολλές ημέρες. Πριν αρχίσει η προετοιμασία των οφθαλμών, η κεφαλή τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών περιδέχεται με ειδικό μαντήλι. Οι άνδρες πρέπει να είναι ξυρισμένοι καλά γιατί αυτοί οι χειρισμοί στο πρόσωπο αποφεύγονται μετά την εγχείρηση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε μερικές περιπτώσεις αποκόπτονται οι βλεφαρίδες και γίνεται αποτρέχωση των φρυδιών για εγχείρηση οφθαλμού. Τόσο τα βλέφαρα όσο και η μύτη, το μέτωπο και οι παρειές καθαρίζονται με RHISOSHEX και αποπλένονται με φυσιολογικό ορό. Για τον καθαρισμό χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες λαβίδες. Στη συνέχεια γίνεται πλύση των οφθαλμών με φυσιολογικό ορό και ενσταλλάξεις αντισηπτικών κολλυρίων ή αντιβιοτικών. Η προετοιμασία ποικίλει αναλόγως του Οφθαλμιάτρου. Ακολουθεί η αφαίρεση τεχνητών οδοντοστοιχειών, τεχνητών οφθαλμών, δακτυλιδίων κ.λ.π.

Σε περίπτωση εφαρμογής τοπικής αναισθησίας παρακαλείται ο ασθενής να τηρεί το κεφάλι του σε πλήρη ακινησία και να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες. Επίσης τονίζεται στον ασθενή να μην ανοιγοκλείνει τους οφθαλμούς κατά τη διάρκεια

της εγχειρήσεως ή και μετά γιατί αυτό έχει τεράστιες επιπτώσεις στην όλη θεραπεία.

Για τη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο χρησιμοποιείται φορείο. Εκτός της ειδικής αυτής χειρουργικής προετοιμασίας του οφθαλμολογικού ασθενούς, η Αδελφή έχει υπόψη της και όλα όσα αναφέρονται σε κάθε πάθηση ξεχωριστά.

Γ Ε Ν Ι Κ Η Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η
Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Η μεταφορά και μετακίνηση του ασθενή στο φορέο και από κει στο κρεβάτι του, απαιτεί αρκετή προσοχή και δεξιότητα. Βίαιοι χειρισμοί κατά την μεταφορά, μπορεί να επιφέρουν, απρόβλεπτες ζημιές στο χειρουργημένο οφθαλμό. Κάθε μετακίνηση του ασθενή πρέπει να εξασφαλίζει την ακινησία της κεφαλής. Στο κρεβάτι του και σε εύχρηστο σημείο αυτού τοποθετείται το κουδούνι κλήσεως, ώστε ο ασθενής να μπορεί άνετα να ειδοποιεί την αδελφή χωρίς να καταβάλει κόπο ή και ένταση στο κεφάλι του και να μετακινεί αυτό. Εφ' όσον ο ασθενής έχει και τα δυο μάτια του κλειστά, η αδελφή εισερχόμενη στο θάλαμο καλό είναι να γνωστοποιεί το όνομά της, ώστε να διευκολύνεται αυτός στην επικοινωνία μαζί της.

Ο σιτισμός του ασθενή γίνεται από την αδελφή με υπομονή και προσπάθεια αυτής για προσαρμογή στις συνήθειες του ασθενή, η δε τροφή είναι ποικίλης προς αποφυγή βλαβών κινήσεων κατά τη μάσηση που ενδέχεται να έχουν επιπτώσεις στη θεραπεία των οφθαλμών.

Η πρόληψη κατακλίσεων σε περίπτωση μεγάλης ακινητοποιήσεως του ασθενή στο κρεβάτι, επιδιώκεται από την αδελφή. Γι αυτό γίνονται συχνές και απαλές εντριβές στη ράχη και στους γλουτούς.

Η χρησιμοποίηση κρεβατιού με προφυλακτήρες, αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας του ασθενή, λόγω αδυναμίας να χρησιμοποιήσει τους οφθαλμούς του.

Κάθε ανησυχία, πόνος, έμετος ή και βήχας ακόμη, γίνονται γνωστά στο γιατρό, για την πρόληψη εντάσεως ή αυξήσεως της

ενδοφθαλμίου πιέσεως, με αποτέλεσμα την κάκωση του οφθαλμού.

Η όλη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή γίνεται σε θάλαμο με ελαττωμένη ένταση του φωτός. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γίνεται μόνο με απλό καθαρισμό, το δε βούρτσισμα των δοντιών αποφεύγεται μέχρι να δοθεί για αυτό ιατρική εντολή. Το κένισμα αρχίζει μετά το σήκωμα του ασθενή. Σε μετεωρισμό της κοιλιάς καταβάλλεται κάθε προσπάθεια προς ελάττωση της ενδοκοιλιακής πιέσεως, που έχει δυσμενείς επιπτώσεις και στην ενδοφθάλμιο πίεση.

Η απασχόληση του ασθενή και η ψυχαγωγία αυτού πρέπει να είναι συνεχής φροντίδα της Αδελφής. Πρέπει όμως να αποφεύγει κάτι που μπορεί να κουράσει τα μάτια του χειρουργημένου ασθενή. Για τέτοιους ασθενείς όχι μόνο η σχετική συσκότιση του θαλάμου επιβάλλεται, αλλά και ο ελαιοχρωματισμός αυτού επιδιώκεται με απαλά χρώματα, τα οποία δεν δρουν βλαβερά στην όραση του ασθενή. Η ανάγνωση περιοδικού, ή βιβλίου, ή εφημερίδας της προτιμήσεως του ασθενή από την αδελφή, η χρήση ραδιοφώνου, η συζήτηση με άλλους ασθενείς κ.ά. είναι μέσα απασχολήσεως και ψυχαγωγίας του ασθενή.

Λόγω προσωρινής στερήσεως της οράσεως οι οφθαλμολογικοί ασθενείς συνήθως είναι απαιτητικοί και δύστροποι οπότε η καλωσύνη, η ευγένεια και η ακάματος εξυπηρέτηση μπορεί να ανακουφίσουν αυτούς.

Η Αδελφή ποτέ δεν προβαίνει σε αλλαγή του χειρουργηθέντος οφθαλμού, πολύ δε περισσότερο σε άλλους χειρισμούς, γιατί αυτό φέρει κινδύνους. Η γενικότερη νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα του οφθαλμολογικού ασθενή είναι η ίδια όπως και των άλλων ασθενών.

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Τ Ω Ν Β Λ Ε Φ Α Ρ Ω Ν

Φλεγμονές των βλεφάρων:

Κ ρ ι θ α ρ ά κ ι: Είναι μια σταφυλοκοκκική φλεγμονή, η οποία διακρίνεται σε εξωτερικό κριθαράκι με προσβολή των αδένων του Zeis ή του Moll, και σε εσωτερικό κριθαράκι, με προσβολή των αδένων του Meibom.

Πρόκειται για μια οξεία φλεγμονή με σημαντική ερυθρότητα και οίδημα του βλεφάρου και αρκετό πόνο. Το αρχόμενο κριθαράκι μπορεί καμμιά φορά να το προλάβουμε ή να επιταχύνουμε την αποδρομή του με ζεστές κομπρέσες. Αλοιφές αντιβιοτικών έχουν σκοπό να προστατέψουν το υπόλοιπο βλέφαρο και τη γύρω περιοχή των ματιών από την εξάπλωση της μόλυνσης. Ο επίδεσμος δεν συνιστάται, γιατί οδηγεί σε συλλογή εκκρινμάτων και ευνοεί τη μόλυνση. Εάν η συλλογή πύου αργεί πολύ να σπάσει από μόνη της, μπορούμε να ανακουφίσουμε το βλέφαρο εάν τρυπήσουμε με μια βελόνα τη μύτη της διαπύσης, αυτό όμως σπάνια είναι απαραίτητα.

Χ α λ ά ζ ι ο: Είναι μια χρόνια φλεγμονή ενός ή περισσότερων αδένων του Meibom. Το ογκίδιο αυτό είναι σκληρό, βρίσκεται στον τارسό, δηλαδή δεν είναι μετακινήσιμο και δεν είναι επώδυνο στην πίεση, σε αντίθεση με το κριθαράκι που φλεγμαίνει και πονάει ιδιαίτερα στην πίεση. Μικρότερα χαλάζια μπορούν καμμιά φορά να εξαφανιστούν από μόνα τους. Γενικά, η χειρουργική αφαίρεσή τους είναι αναγκαία.

Β λ ε φ α ρ ί τ ι δ α: Από την ξηρή λεπιδώδη βλεφαρίτιδα μπορεί να δημιουργηθεί μετά από μόλυνση ελκώδης βλεφαρίτιδα. Σ αυτήν την περίπτωση το χείλος των βλεφάρων καταστρέφεται μερικώς, οι βλεφαρίδες αναπτύσσονται ξανά (μαδάρωση) ή αναπτύσσονται σε λανθασμένη κατεύθυνση (τριχία-

ση] με αποτέλεσμα να τρίβονται στον κερατοειδή και στον επιπεφυκότα. Πρόκειται για μια σηγηματόρροια του βλεφαρικού χείλους, που είναι ακριβώς το ίδιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί όσο και η δερματοπάθεια. Τα καλύτερα αποτελέσματα έχουμε με το πλύσιμο των βλεφάρων πρωί και βράδυ με χλιαρό νερό για να καθαρίζονται και με την επάλειψη με μια μαλακτική αντισηπτική αλοιφή, π.χ. αλοιφή με κορτιζόνη.

Φλεγμονές του δέρματος των βλεφάρων:

Στά βλέφαρα εμφανίζονται συχνά εκζεματικές εκδηλώσεις, που έχουν ως βάση ιδιοσυστατικούς ή αλλεργικούς παράγοντες. Όλα τα φάρμακα με την επαναλαμβανόμενη χρήση μπορούν να προκαλέσουν έκζεμα. Η ατροπίνη και η παντοκαΐνη προκαλούν ιδιαίτερα συχνά αλλεργικές αντιδράσεις* το ίδιο και όλα τα μυτικά στους ευαίσθητους γλαυκωματικούς ασθενείς.

Ο ο φ θ α λ μ ι κ ό ς ζ ω σ τ ή ρ α ς προσβάλλει συχνότερα τον 1^ο αντί του 2^{ου} κλάδου του τριδύμου. Ανάλογα με την κατανομή του νεύρου παρουσιάζονται ισχυροί πόνοι. Σε ώρες μέχρι εβδομάδες εμφανίζονται στην περιοχή του άνω βλεφάρου, του δέρματος του μετώπου και μέχρι το τριχωτό της κεφαλής δερματικές υπεργέρσεις (φουσαλίδες), που σύντομα ξεραίνονται και σκεπάζονται με κρούστα. Συχνά επίσης εμφανίζονται έλκος του κερατοειδή και ιρίτιδα. Πόνοι και παράλληλα, ελάττωση της αισθητικότητας του κερατοειδή υπάρχουν για μήνες. Σαν επιπλοκές, εκτός της συχνής αιμορραγικής ιρίτιδας με αιμορραγίες στον πρόσθιο θάλαμο, παρουσιάζονται σκληρότιδα, φλεγμονή του οπτικού νεύρου καθώς επίσης και παραλύσεις των οφθαλμικών μυών. Ακόμη, η ανταναικλαστική ιριδοπληγία, η πάρεση του προσωπικού και το γλαύκωμα δεν είναι σπάνιες επιπλοκές. Επίσης μπορεί να εμφανισθεί φλεγμονή με α π λ ό έ ρ π η τ α.

Τα βλέφαρα μπορούν να προσβληθούν από όλες ανεξαιρέτως τις παθήσεις του δέρματος. Το ε_ρ_υ_σ_ί_π_ε_λ_α_ς, η φ_υ_μ_α_τ_ί_ω_σ_η (λύκος) και επί πλέον οι δ_ε_ρ_μ_α_τ_ο_μ_υ_κ_η_τ_ι_ά_σ_ε_ι_ς.

Φ_λ_ύ_κ_τ_α_ι_ν_ε_ς μετά από δαμαλισμό δημιουργούνται στα βλέφαρα εάν το παιδί ξύνοντας το βραχίονα στο μέρος του εμβολιασμού αγγίξει αμέσως τα βλέφαρά του. Επίσης στα βλέφαρα μπορεί να εμφανισθεί και π_ρ_ω_τ_ο_π_α_θ_ή_ς_ε_σ_τ_ί_α_σ_ύ_φ_ι_λ_η_ς.

Όγκοι

Ξανθέλασμα : Η συχνότερη καλοήθης μεταβολή του δέρματος είναι το ξανθέλασμα που δεν είναι αληθινός όγκος, αλλά μια τοπική εναπόθεση λιποειδών με κιτρινωπό χρώμα και ακανόνιστο σχήμα, που δημιουργείται ιδιαίτερα στις γυναίκες της μέσης ηλικίας. Αφαιρείται με εκτομή του προσβληθέντος δέρματος.

Σπάνια υπάρχουν ινώματα, κεγχρώματα, αβηρώματα, δερματοειδείς κύστες, κέρας δερματικό και μυρμηκία του χείλους του βλεφάρου. Αυτές οι καλοήθεις νεοπλασίες μπορούν εύκολα να αφαιρεθούν με τοπική αναισθησία.

Τα αιμαγγειώματα είναι εύκολο να διαγνωσθούν από το χρώμα τους. Μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής υποστρέφουν σχεδόν πάντοτε αυτόματα.

Β_α_σ_ι_κ_ο_κ_υ_τ_τ_α_ρ_ι_κ_ό_κ_α_ρ_κ_ί_ν_ω_μ_α : Το πιο συχνό μεταξύ των κακοήθων όγκων είναι το ημικακοήθες βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (*basaliom*), που μεγαλώνει αργά, τείνει προς νέκρωση αλλά δεν κάνει μεταστάσεις. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα έχει κάπως υπεγεργμένα χείλη και συμπαγή σύσταση. Τα σπυράκια στην επιφάνεια αιμορραγούν αυτόματα ή μετά το

ξύστιμο.

Σπανιότερο είναι το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που επίσης εισδύει καταστρέφοντας τους γύρω ιστούς και μερικές φορές δίνει μεταστάσεις προς τους λεμφαδένες.

Θεραπεία: Και οι δυο μορφές του καρκινώματος των βλεφάρων πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά και δεν πρέπει κατ' αρχάς να ακτινοβολούνται. Η αφαίρεσή τους, δια εκτομής μέχρι και υγιούς ιστού, εξασφαλίζει από υποτροπές. Η κάλυψη της έλλειψης ιστών δεν δημιουργεί στην περιοχή του προσώπου μεγάλες εγχειρητικές δυσκολίες, ιδίως όταν το νεόπλασμα δεν έχει επεκταθεί. Σε μερικές περιπτώσεις προτιμάται η κρυοθεραπεία.

Τραύματα βλεφάρων

Τα τραύματα των βλεφάρων είναι ιδιαίτερα συχνά στα τροχαία ατυχήματα. Το χείλος του βλεφάρου πρέπει να ραφτεί προσεκτικά, γιατί διαφορετικά θα δημιουργηθεί αισθητικά και λειτουργικά μια ενοχλητική εντομή. Τραυματισμοί των δακρυϊκών σωληναρίων πρέπει κατ' αρχάς να ραφτούν και στη συνέχεια να καθετηριαστούν με πλαστικό σωληνάριο. Και τα δυο είναι θέματα οφθαλμιάτρου και όχι του γενικού χειρουργού.

Μετά από θερμικά εγκαύματα και εγκαύματα χημικών ουσιών, εάν ο βολβικός και ο απέναντι ευρισκόμενος ταρσικός επιπεφυκότας παρουσιάζουν τραυματικές επιφάνειες, δημιουργούνται εύκολα μεταξύ των δυο επιπεφυκότων συμφύσεις σε σχήμα γέφυρας (συμβλέφαρο), που δυσκολεύουν την κινητικότητα του ματιού.

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Τ Ο Υ Σ Κ Λ Η Ρ Ο Υ Χ Ι Τ Ω Ν Α

Α τ ρ ο φ έ α τ ο υ σ κ λ η ρ ο ύ χ ι τ ώ ν α: Σε λέπτυνση του σκληρού χιτώνα ο χοριοειδής διαφαίνεται υποκύνος και ο σκληρός γαλαζόλευκος. Αυτό το συναντάμε σε υψηλή μυωπία, σαν συνέπεια της έκτασης του ματιού, καθώς επίσης και μετά από φλεγμονές, όπου ο λεπτυσμένος σκληρός μπορεί να προέχει σταφύλωμα σκληρού ή σκληρεκτασία.

Σ υ γ γ ε ν ώ ς κ υ α ν ο ί σ κ λ η ρ ο ί χ ι τ ώ ν ε ς:

Παρουσιάζονται σε συνδυασμό με αυξημένη ευθραυστότητα των οστών και κυτοσκήρυνση, και κληρονομούνται με τον επικρατούντα χαρακτήρα σαν μεσεγχυματικές εκφυλίσεις. Λέπτυνση του σκληρού δεν υπάρχει πάντα. Στα νεογέννητα ο σκληρός εμφανίζεται κυανός.

Ε π ι σ κ λ η ρ ί τ ι δ α και σ κ λ η ρ ί τ ι δ α. Φλεγμονές στα πρόσθια τμήματα του σκληρού χιτώνα παρουσιάζονται σαν προεξέχουσες κοκκινωπές εστίες διήθησης, μεγέθους περιπου φακής, που είναι πολύ επώδυνες κατά την πίεση. Εάν η φλεγμονή βρίσκεται πιο επιφανειακά λέγεται επισκληρίτιδα.

Σε φλεγμονή ολόκληρου του πάχους του σκληρού χιτώνα συμπάσχει επίσης και ο χοριοειδής και μετά την αποδρομή της φλεγμονής το τοίχωμα του βολβού παραμένει λεπτό, ώστε ο χοριοειδής διαφαίνεται έτσι γκριζογάλανος (σταφύλωμα του σκληρού).

Η επισκληρίτιδα είναι συχνή και η πρόγνωσή της καλή.

Η σκληρίτιδα είναι σπάνια και η πρόγνωσή της πολύ σοβαρή.

Η σκληρίτιδα και η επισκληρίτιδα διακρίνονται από την επιπεφυκίτιδα από τη σαφή τοπική διήθηση, η οποία παρουσιάζει έντονο τοπικό πόνο κατά την πίεση.

Η θεραπεία συνιστάται σε θερμά επιθέματα μυδριατικά, αντιρευματικά και κορτιζόνη τοπικά.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΗ

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ

Διήθηση του κερατοειδή : Παριστά το πρώτο στάδιο των περισσότερων φλεγμονών του κερατοειδή. Εμφανίζεται μια γκριζόλευκη ασφώς αφοριζομένη κηλίδα, πάνω στην οποία το επιθήλιο χάνει τη στιλπνότητά του, γιατί η κυτταρική συνάφεια έχει χαλαρώσει. Σε επιφανειακές διηθήσεις επικρατεί συνήθως η υπεραιμία του επιπεφυκότα, ενώ σε βαθιές η ένεση του ακτινωτού σώματος. Η φλεγμονή του ματιού και η στίξη του επιθηλίου του κερατοειδή διακρίνονται εύκολα από μια ουλή του κερατοειδή, αφ ενός μεν γιατί είναι καθαρά λευκή ή λευκογάλανη, αφ ετέρου γιατί δεν ερεθίζει το μάτι.

Συχνά, σε επιφανειακές διηθήσεις του κερατοειδούς παρουσιάζονται νεοαγγειώσεις, που προέρχονται από τα αγγεία του επιπεφυκότα. Σε βαθιές διηθήσεις τα νεοαναπτυσσόμενα αγγεία προέρχονται από το αγγειακό δίκτυο του ακτινωτού και για αυτό εξαφανίζονται στο σκληροκερατοειδικό όριο (limbus).

Οι βαθιές διηθήσεις του κερατοειδούς συνοδεύονται πάντοτε από ιριδικυκλίτιδα. Μετά την αποθεραπεία της διήθησης τα αγγεία αδειάζουν και πάλι από το αίμα και αργότερα φαίνονται σαν λεπτές σκιές στον ιστό του κερατοειδή. Η διήθηση ουλοποιείται, το επιθήλιο πάνω απ αυτή καθρεπτίζει πάλι, και το μάτι σταματά να είναι ερεθισμένο.

Ουλές του κερατοειδή : Σε αντίθεση με τις διηθήσεις, στις ουλές δεν υπάρχουν σημεία φλεγμονής. Η ουλή είναι καθαρά λευκή ή λευκογάλανη.

Μια πολύ αγνή ουλή, σαν νέφος ονομάζεται νεφέλιο, ένα πυκνότερο γκριζο στίγμα κηλίδα και μια ουλή άσπρη σαν

πορσελάνη λεύκωμα. Οι διαβρώσεις του επιθηλίου δεν αφήνουν ουλές.

Έλκος κερατοειδή : Διαφέρει σε σχέση με την διήθηση, από την απουσία ειδώλων του κερατοειδή και την ύπαρξη κρατήρα στην επιφάνεια του κερατοειδή. Όταν ο νευρωμένος ιστός αποβάλλεται κατά την επούλωση και το έλκος επιθηλιοποιείται πάλι, η απώλεια του ιστού δεν αποκαθίσταται πλήρως (ουλή).

Σε σοβαρότερες περιπτώσεις το έλκος μπορεί να καταλάβει όλο το πάχος του κερατοειδή μέχρις ότου παραμείνει μόνο η μεμβράνη του *Desemet*. Αυτή υποχωρεί στην ενδοφθάλμια πίεση και προβάλλει σαν κηλίδα.

Σε έλκος του κερατοειδή συνυπάρχει πάντα ιρίτιδα. Λόγω του πλούσιου σε λευκώματα υδατοειδούς υγρού, μπορεί να αναπτυχθούν επιπρόσθετα συμφύσεις μεταξύ της ίριδας και του φακού. Οι συμφύσεις έχουν σαν αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αποχέτευσης του υδατοειδούς υγρού και την πρόκληση ανύψωσης της ενδοφθάλμιας πίεσης δευτεροπαθώς από το έλκος του κερατοειδή: δευτεροπαθές γλαύκωμα.

1. Επιπολής στικτή κερατίτιδα

Στην επιπολή ή επιφανειακή στικτή κερατίτιδα παρουσιάζονται πολυάριθμες στικτές διαβρώσεις ή διηθήσεις του επιθηλίου από διάφορους ερεθισμούς. Συχνές βλάβες του κερατοειδή παρουσιάζονται συχνά από υπεριώδεις ακτίνες π.χ. μετά από επίδραση τεχνητής ή ηλιακής ακτινοβολίας, σε μεγάλα ύψη, ή μετά από ηλεκτροκολλήσεις. Σ αυτήν την περίπτωση δημιουργείται πολύ έντονη φωτοφοβία, δακρύρροια, και αίσθημα ξένου σώματος. Λόγω του βλεφαρόσπασμου ο ασθενής δεν μπορεί να ανοίξει τα μάτια του.

2. Ερπυστικό έλκος.

Το ερπυστικό έλκος του κερατοειδή δημιουργείται συχνά από τραύμα του κερατοειδή σε άτομα που έχουν το δακρυϊκό ασκό μολυσμένο με πνευμονιόκοκκους.

Τα μικρόβια αυτά δεν εισβάλλουν στο ανέπαφο επιθήλιο. Αυτό μπορούν να το κάνουν μόνο οι γονόκοκκοι και τα βακτηρίδια της διφθερίτιδας. Εάν όμως υπάρχει διάβρωση στο επιθήλιο, τότε τα μικρόβια αυτά μπορούν να εγκατασταθούν στον κερατοειδή. Αυτό συνήθως συμβαίνει στο κέντρο του κερατοειδή, όπου εμφανίζεται ένα γκριζωπό έλκος, με ελαφρά υπερψωμένα χείλη σαν πρόχωμα, που επεκτείνεται προοδευτικά. Στο κάτω μέρος του προσθίου θαλάμου μαζεύεται πύο, χωρίς βακτηρίδια.

Το έλκος αυτό του κερατοειδή είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο, γιατί, όπως λέει και η ονομασία του απλώνεται σε ολόκληρο τον κερατοειδή και προκαλεί την τήξη του. Οι επιπλοκές του είναι: πρόπτωση της ίριδας, ενδοφθαλμίτιδα, δευτεροπαθές γλαύκωμα.

Θεραπεία: Αντιβίωση με αλοιφές, μυδρίαση και ακινητοποίηση της ίριδας με ατροπίνη και επιπλέον χορήγηση αντιβιωτικών από το στόμα. Αφαίρεση του δακρυϊκού ασκού ή εγχείρηση κατά *Totí*, εάν αυτός έχει διαπηθεί. Εάν δεν επέλθει γρήγορα ίαση, θεραπεία της βλάβης του χείλους με θερμοκαυτήρα *Passaw*. Το ιστορικό (προηγούμενος τραυματισμός) πρέπει να ληφθεί για λόγους ασφαλιστικούς και να σημειωθεί στο φύλλο νοσηλείας.

3. Φλεγμονές από διηθητικούς ιούς.

A. Έρπητας του κερατοειδή:

Η ερπητική προσβολή του κερατοειδή μπορεί να παρουσιασθεί

σαν επιφανειακή (δενδροειδής κερατίτιδα) ή σαν βαθιά μορφή (δισκοειδής κερατίτιδα).

Η δενδροειδής κερατίτιδα πήρε το όνομά της από τη μορφολογία της βλάβης, που μοιάζει με κλαδιά δένδρου. Αυτή σχηματίζεται στο επιθήλιο του κερατοειδή και δημιουργείται από διηθήσεις και φουσάλλιδες που συνδέονται μεταξύ τους με διηθημένες αύλακες. Χωρίς χρώση με φλουορεσκεΐνη, ο έρπητας διακρίνεται δύσκολα. Χαρακτηριστική είναι η μείωση της αισθητικότητας του κερατοειδή. Η πορεία είναι πάντα μακρόχρονη. Εάν οι ιοί εισβάλλουν στο βάθος, σχηματίζεται μια δισκοειδής φλεγμονή του κερατοειδή (δισκοειδής κερατίτιδα), που βρίσκεται κεντρικά στον κερατοειδή, αφήνει την περιφέρειά του ελεύθερη και είναι χωρίς αγγεία. Το επιθήλιο του κερατοειδή σ' αυτή την περιοχή είναι συχνά θολωμένο. Ο κερατοειδής είναι παχυμένος και καλύπτεται στην πίσω επιφάνειά του με ιζήματα από τη συνοδό ιρίτιδα. Και σ' αυτόν τον τύπο η αισθητικότητα είναι μειωμένη.

Η θεραπεία είναι διαφορετική για τις δυο μορφές : Στην επιφανειακή κερατίτιδα η θεραπεία με κορτιζόνη είναι "τεχνικό λάθος", γιατί η καταστολή της φλεγμονής οδηγεί σε γρήγορη εξάπλωση της πάθησης, εμποδίζεται η ανάπλαση του επιθηλίου και δημιουργείται έλκος του κερατοειδή. Σε πρόσφατες περιπτώσεις χορηγούμε 5 φορές την ημέρα τριμεθυλο-δεσοξυουριδίνη, που μαζί με την θυμίνη αποκλείει τα φυσιολογικά νουκλεοτίδια από τη σύνθεση του DNA του ιού. Το αρχικά χρησιμοποιούμενο IDU γίνεται λιγότερο ανεκτό. Εάν η θεραπεία αυτή αντεδεικνυται, συνιστάται απόξεση του επιθηλίου του κερατοειδή

και τελικά επάλειψη με βάμμα ιωδίου ή αιθέρα, ή μίγμα ιωδίου και αιθέρα.

Η βαθιά ερπητική φλεγμονή του κερατοειδή, η δισκοειδής κερατίτιδα, αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με επιτυχία με σκευάσματα κορτιζόνης, όταν το επιθήλιο είναι ανέρατο, σε αντίθεση με την θεραπεία της επιφανειακής μορφής. Επιπλέον εφαρμόζουμε θερμά επιθέματα και αντιβιοτικά. Το ΙDU δεν ωφελεί. Τελευταία αναφέρονται καλά αποτελέσματα με *Vidarabín*. Εξαιτίας της ιρίτιδας χορηγούνται μυδριατικά και εφαρμόζονται θερμά επιθέματα.

Οι ερπητικές κερατίτιδες μπορούν να διαρκέσουν εβδομάδες ή και μήνες . Υποτροπιάζουν συχνά.

Οι επιπλοκές είναι η ιρίτιδα, το δευτεροπαθές γλαύκωμα και οι δευτεροπαθείς μολύνσεις.

B. Οφθαλμικός ζωστήρας

Ο έρπητας ζωστήρας είναι πάντα μια αυστηρά μονόπλευρη πάθηση, που περιορίζεται στον πρώτο ή δεύτερο κλάδο του διδύμου. Σαν επιπλοκή μπορεί να παρουσιασθεί επιφανειακή κερατίτιδα με μεγάλες επιθηλιακές φυσαλίδες και σπάνια δισκοειδής κερατίτιδα. Επίσης ο ιός δεν έχει καμιά σχέση με τον ιό που απλού έρπητα, αλλά είναι ταυτόσημος ή πολύ συγγενής με τον ιό της ανεμοβλογιάς. Τις πιο πολλές φορές δημιουργείται επίσης ιρίτιδα και συχνά δευτεροπαθές γλαύκωμα. Μπορούν ακόμα να προσβληθούν οι οφθαλμικού μύες. Η αισθητικότητα του κερατοειδή είναι μειωμένη.

Θεραπεία: Λόγω των δυνατών πόνων χορηγούμε αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη. Παρασκευάσματα βιταμίνης Β σε μεγάλη δοσολογία. Σε επιπλοκές του κερατοειδή χορηγούνται

τετρακυκλίνες. Πιθανώς δεν δρουν κατά των ιών, αποτρέπουν όμως τη μόλυνση από άλλα μικρόβια.

Γ. Επιδημική κερατοεπιπεφυκίτιδα.

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Ο κερατοειδής παρουσιάζει πολυάριθμες διηθήσεις, που βρίσκονται επιφανειακά. Ελαιώδεις σταγόνες με αντιβιοτικά ή αλοιφές αντιβιοτικών δεν έχουν κατά πάσα πιθανότητα καμιά ειδική δράση, αλλά ανακουφίζουν υποκειμενικά σαν μηχανικό μέσο διολήθησης.

4. Μυκητίαση του κερατοειδή:

Είναι πολύ επικίνδυνη, συνυπάρχει συχνά με υποψύ και μπορεί από λάθος διάγνωση, εξ αιτίας της μη ενδεδειγμένης θεραπείας με αντιβιοτικά ή ακόμα και με κορτιζόνη, να καταλήξει σε τήξη του κερατοειδή και απώλεια του ματιού. Η υποψία για μυκητίαση δημιουργείται από μια δισκοειδή ασπρογκριζοκιτρινωπή διήθηση στο κέντρο του κερατοειδή.

5. Κερατίτιδα από λαγόφθαλμο

Δημιουργείται λόγω της αποξηράνσεως της επιφανείας του κερατοειδή σε παράλυση του προσωπικού νεύρου. Το κάτω βλέφαρο δεν εφάπτεται με το βολβό και τα βλέφαρα δεν μπορούν να κλείσουν τελείως ερμητικά. Η καλύτερη θεραπεία είναι η χειρουργική στένωση της βλεφαρικής σχισμής (ταρσοραφή).

6. Νευροπαραλυτική κερατίτιδα

Η πάθηση παρουσιάζεται συνήθως μετά από καταστροφή του γασσέριου γαγγλίου που εκτελείται λόγω νευραλγίας του τριδύμου. Η κερατίτιδα αυτή αναπτύσσεται στο κέντρο του κερατοειδή και μπορεί, ακριβώς όπως και η κερατίτι-

δα από λαγόφθαλμο, να οδηγήσει σε απώλεια ουσία και , μετά από επιμόλυνση, σε έλκος του κερατοειδή. Η θεραπεία είναι η ίδια με την κερατίτιδα από λαγόφθαλμο.

7. Επιχειλίτιδα

Η φλεγμονή στο χείλος του κερατοειδή, που εύκολα μπορεί να μετατραπεί σε έλκος (επιχειλίτιδα έλκος), δημιουργείται κυρίως σε μεγάλης ηλικίας άτομα με γεροντότοξο, στην περιοχή του οποίου η αντίσταση του κερατοειδή στα μικρόβια είναι ελαττωμένη.

Η θεραπεία: θερμά επιθέματα, παραμονή σε καλό θερμαινόμενο δωμάτιο και ανάλογα με το είδος των μικροβίων, επάλειψη με αλοιφή *Noviforin* ή αντιβιοτικά.

8. Ροδόχρους ακμή

Σ αυτήν εκδηλώνεται διήθηση του κερατοειδή με δέσμη αγγείων. Η νόσος προσβάλλει μόνο άτομα μεγάλης ηλικίας. Εκτός των οφθαλμικών συμπτωμάτων συνυπάρχουν πάντα οι τυπικές βλάβες στο πρόσωπο.

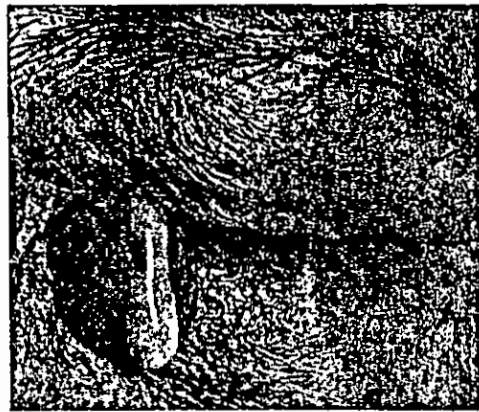
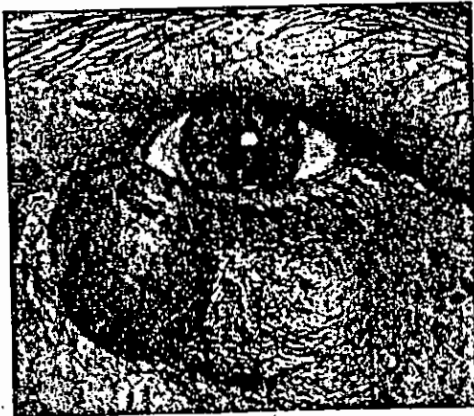
9. Παρεγχυματική κερατίτιδα

Η νόσος προέρχεται από συγγενή σύφιλη, σπάνια από φυματίωση και σε χώρες εκτός Ευρώπης από λέπρα. Παρουσιάζεται σε παιδιά με συγγενή σύφιλη συνήθως στην αρχή της εφηβείας. Η αντίδραση *Wassermann* είναι έντονα θετική.

Η θεραπεία: χορήγηση κορτικοστεροειδών. Εάν η συγγενής σύφιλη δεν έχει αντιμετωπισθεί, αρχίζουμε τη θεραπεία της, αλλά αυτή δεν επηρεάζει την εξέλιξη της πάθησης του κερατοειδή. Προληπτική θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να εμποδίσει την εμφάνισή της στο άλλο μάτι. Η συνοδός ιριτιδα θεραπεύεται όπως συνήθως με μυδριατικά, θερμά επιθέματα και αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΔΑΚΡΥΪΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ

Δακρυοκυστιτίτιδα : Η στάση των δακρύων στο δακρυϊκό ασκό, οδηγεί, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερους ανθρώπους στην εγκατάσταση μικροβίων, τις πιο πολλές φορές πνευμονιοκόκκων. Εάν κάποτε το καλυπτήριο επιθήλιο του κερατοειδή τραυματισθεί, σχηματίζεται έλκος, το λεγόμενο ερυστικό έλκος του κερατοειδή με υπόπυο.



Εικ. 54. Φλέγμων του δακρυϊκού άσκού. Έντόνος έρυθρά φλεγμονώδης, επώδυνος διόγκωσις μετά τυπικής έντοπίσεως κατά την έσω βλεφαρικήν γωνίαν. Κλυδασιμός. (48 έτών ♀).

Εικ. 55. Φλέγμων του δακρυϊκού άσκού (εικ. 54) άμέσως μετά την νόξιν. Έκ τής κατακορύφου νόξεως έκρέει παχύρρευστον πύον.

Οξεία δακρυοκυστιτίτιδα : Η έντονα φλεγμονώδης επώδυνη οξείωση της περιοχής του δακρυϊκού ασκού παρουσιάζει συνήθως σημαντικό συνοδό οίδημα των βλεφάρων. Η θεραπεία γίνεται με επιθέματα, κατάκλιση, σουλφοναμίδες

ή άλλα αντιβιοτικά. Εάν η φλεγμονή δεν υποχωρήσει ή εάν δεν διαρραγεί από μόνη της, τότε διανοίγουμε το δακρυϊκό ασκό με μια μικρή τομή στο δέρμα, για να απομακρυνθεί το πυώδες έκκριμα. Αργότερα γίνεται εγχείρηση κατά *Totí* κατά την οποία αναστομώνουμε το βλενογόνο του δακρυϊκού ασκού και αυτόν της μύτης (δακρυσκορρινοστομία). Με αυτή την εγχείρηση παρακάμπτεται ο ρινοδακρυϊκός πόρος και το έκκριμα μπορεί να αποχετεύεται στη μύτη. Με εξέταση της μύτης εξασφαλίζεται εκ των προτέρων η απουσία παθολογικών καταστάσεων της ρινικής κοιλότητας (όγκοι, φυματίωση, σκωλίωση του διαφράγματος) που να θέτουν υπό αμφισβήτηση την επιτυχία της εγχείρησης. Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυεται τότε μόνο όταν τα δακρυϊκά σωληνάκια είναι ακόμα βατά.

Χ ρ ό ν ι α δ α κ ρ υ φ κ υ σ τ ί τ ι δ α : Η χρόνια δακρυοκυστίτιδα χαρακτηρίζεται από μονόπλευρο δάκρυσμα και έξοδο βλεννοπυώδους εκκρίματος όταν πιέζεται ο διογκωμένος δακρυϊκός ασκός. Μπορεί κανείς να δοκιμάσει με πλύση και πίεση του δακρυϊκού ασκού να βελτιώσει τη φλεγμονώδη κατάσταση. Εάν δεν επιτευχθεί αποκατάσταση της βατότητας τότε είναι αναγκαία η εγχείρηση κατά *Totí*.

Η διαπύηση του δακρυϊκού ασκού συμβάλνει κυρίως σε ηλικιωμένους. Εάν τη συναντήσουμε σε νέους ανθρώπους, τότε πρέπει πάντα να σκεφτόμαστε τη φυματιώδη αιτιολογία.

Σε συντηρητική θεραπεία της νόσου η αδελφή εφαρμόζει πιστά την αναγραφείσα θεραπεία και βοηθεί κατά τις εκχύσεις που γίνονται ή στις τυχόν πλύσεις.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά την πλύση της δακρυϊκής συσκευής

Κατά την πλύση της δακρυϊκής συσκευής η αδελφή προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες:

- α. Εξηγεί στον ασθενή το είδος της εξετάσεως και το σκοπό αυτής. Έτσι μ αυτόν τον τρόπο ο ασθενής μπορεί να βοηθήσει και να συνεργαστεί κατά την πλύση.
 - β. Συγκεντρώνει όλα τα απαραίτητα εφόδια για την πλύση: βελόνη, απεσταγμένο νερό, τολύπια βάμβακος κ.λ.π.
 - γ. Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση (ύπτια ή καθιστική) και τον προστατεύει κατάλληλα.
 - δ. Κατά την έγχυση του νερού στο κάτω δακρυϊκό σημείο, ο ασθενής πρέπει να μας πληροφορήσει εάν το υγρό καταφθάνει στη στοματική του κοιλότητα. Για τη διευκόλυνση της καθόδου του νερού και την αποφυγή παλινδρομήσεως ο γιατρός πιέζει το δακρυϊκό σημείο.
 - ε. Σε περίπτωση δακρυοκυστίτιδος ο ασθενής μας πληροφορεί ότι το υγρό εξέρχεται από το άνω δακρυϊκό σημείο.
- στ, Στο τέλος γίνεται πληροφόρηση του ασθενούς για το αποτέλεσμα και οδηγείται στο κρεβάτι του.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΔΑΚΡΥΓΙΚΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Είναι πολύ σπανιότερες από τις παθήσεις του δακρυϊκού ασκού.

Οξεία δακρυαδενίτιδα : Η οξεία δακρυαδενίτιδα εμφανίζεται τις πιο πολλές φορές μονόπλευρα και είναι μεταστατική π.χ. σε νοσήματα από ιούς (ιλαρά, γρίπη) ή σε επιδημική παρωτίτιδα. Παρουσιάζεται μόνο μια κροταφική πτώση και το βλέφαρο παίρνει το σχήμα παραγράφου. Εάν πούμε στον ασθενή να κοιτάξει προς τα κάτω και έσω και τραβήξουμε το άνω βλέφαρο προς τα πάνω, τότε διακρίνουμε τη διόγκωση του αδένα. Η αποστηματοποίηση είναι αρκετά συχνή.



Εικ. 36. Όξεία δακρυαδενίτις. Έπώδυνος τῆ πίεσει φλεγμονώδης ἐξοίδησις κατὰ τὸ ἄνω ἔξω χεῖλος τοῦ κόγχου. Φλεγμονώδης ψευδοπίπτωσις. Διαμόρφωσις τοῦ ἄνω βλεφάρου ἐν εἰδει κεκλιμένου σήματος παραγράφου. (12 ἐτῶν ♂).

Χ ρ ο ν ί α δ α κ ρ υ α δ ε ν ί τ ι δ α : Η χρονία δακρυαφενίτιδα είναι σπάνια και δημιουργεί συχνά την εντύπωση όγκου. Μπορεί επίσης να εμφανισθεί αμφοτερόπλευρα. Ως σύνδρομο *Mikulicz* χαρακτηρίζεται μια ανώδυνη αμφοτερόπλευρη διόγκωση των δακρυϊκών και σιελογόνων αδένων. Το δέρμα του βλεφάρου μετακινείται πάνω στις μη υπεραιμικές μαλακές διογκώσεις. Η αιτία μπορεί να είναι φυματίωση, σύφιλη, λεμφοκυτταρική λευχαιμία ή ραγοειδοπαρωτιδικός πυρετός (ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη ραγοειθίτιδα και φλεγμονή των σιελογόνων αδένων σύνδρομο *Heerfordt*).

Σ ύ ν δ ρ ο μ ο σ τ ε γ ν ο ύ μ α τ ι ο ύ

(Ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα)

Σε ανεπαρκή έκκριση της υδάτινης φάσης δημιουργούνται στικτές θολερότητες του κερατοειδή (Ξηρά κερατίτιδα, αποξήρανση του κερατοειδή και αναδιπλώσεις του επιθηλίου). Έτσι με το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων μπορεί να σχηματισθούν στον κερατοειδή λεπτά νημάτια (νηματοειδής κερατίτιδα). Υποκειμενικά το αίσθημα καύσου και ξηρότητας που δημιουργείται είναι πολύ ενοχλητικό.

Αιτίες του στεγνού ματιού

1. Η συχνότερη αιτία είναι η ανεπάρκεια έκκρισης δακρύων . Εάν ελαττωθεί η έκκριση των σιελογόνων αδένων και των βλεννογόνων αδένων της μύτης του στόματος και του στόμαχου (Ξηροστομία, Ξηρά ρινίτιδα, αχυλία) και συνυπάρχει μια πολυαρθρίτιδα, τότε μιλάμε για σύνδρομο *Sjogren* που εμφανίζεται ιδιαίτερα στις γυναίκες μέσης ηλικίας. Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί με την ανεύρεση ειδικών αντισωμάτων στον ορό.

2. Σε στεγνό μάτι πρέπει να πληροφορηθούμε από το ιστορικό του ασθενή αν έχουν δοθεί φάρμακα που μπορεί να ελαττώσουν την έκκριση δακρύων. (ατροπίνη, αντιϊσταμινικά, αντισηπτικά, αντισυλληπτικά, διουρητικά).
3. Σε μεγάλη ηλικία ή σε χρόνιες παθήσεις τα δάκρυα ελαττώνονται.
4. Σε ουλές του επιπεφυκότα μετά από έγκαυμα, πέμφυγα, σε εξιδρωματικό πολύμορφο ερύθημα και σε τράχωμα, μπορεί να δημιουργηθεί ξηρότητα του ματιού.
5. Σε ατελή σύγκλιση των βλεφάρων σε πάρεση του προσωπικού, προκαλείται λαγόφθαλμος με αποτέλεσμα η βλεφαρική σχισμή να παραμένει το βράδυ ανοιχτή και έτσι ο κερατοειδής ξηράνεται.
6. Σε παράλυση του τρίδυμου απουσιάζει η αντανακλαστική έκκριση δακρύων, ενώ σε πάρεση του προσωπικού μπορεί να μη λειτουργούν οι εκκριτικές ίνες των δακρυϊκών αδένων.
7. Σε υποβιταμίνωση Α π.χ. σε υποσιτιζόμενους και ιδιαίτερα σε παιδιά του τρίτου κόσμου, υπάρχει ξηροφθαλμία καθώς και νυκτερινή τύφλωση (ημεραλωπία).

Θεραπεία : Η θεραπεία συνιστάται σε συμπλήρωση των δακρύων με κολλύρια *Oculosan*, *tears Naturale*, *liquifilm tears*. Μπορούμε επίσης να προκαλέσουμε έκκριση δακρύων (*Dakryo-Bicikol ophthosol*). Αυτά τα φάρμακα πρέπει να ενσταλλάζονται ανάλογα με τις ανάγκες συνήθως κάθε 30 λεπτά. Σε σοβαρότερη περίπτωση μπορεί να προστατέψουν τον κερατοειδή οι μαλακοί φακοί επαφής. Σε περίπτωση ανάγκης γίνεται απαραίτητη η εγχειρητική απόφραξη των κάτω δακρυϊκών σημείων.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑ

Ο βλεννογόνος, ο οποίος καλύπτει την έσω επιφάνεια των βλεφάρων και την πρόσθια επιφάνεια του βολβού (περιοχή του σκληρού, όχι του κερατοειδή), ο καλούμενος επιπεφυκότας νοσεί σχετικά συχνά. Αυτό γιατί είναι απευθείας εκτεθειμένος σε νοσογόνους παράγοντες, μικρόβια, αλλότρια σώματα, καιρικές επιδράσεις. Οι φλεγμονές του επιπεφυκότος καλούνται επιπεφυκίτιδες. Άλλοτε ήταν ευρήματα διαδεδομένα και αντιπροσώπευαν τα 30 - 40% των νοσημάτων του οφθαλμού. Φλεγμονή του επιπεφυκότος μπορούν να προκαλέσουν διάφορα αίτια όπως μικρόβια, διηθητοί ιοί, αλλά και αλλεργικοί μηχανισμοί, φυσικά αίτια (θερμότητας, ακτινοβολία κ.λ.π.).

Κακώσεις ; Είναι τα τραύματα του επιπεφυκότα που προκαλούνται από τα ξένα σώματα και από εγκαύματα με διάφορες χημικές ουσίες. Τα τραύματα εάν είναι εκτεταμένα πρέπει να ραφθούν και στη συνέχεια να βάλουμε αντιβιοτικό κολλύριο καθώς και βιταμίνη Α. Αυτό είναι δουλειά του γιατρού, όμως η Νοσοκόμα πρέπει να ξέρει ότι όσο πιο εκτεταμένο και όσο πιο βαθύ είναι το τραύμα τόσο μεγαλύτερη προστασία χρειάζεται ο οφθαλμός κατά τη μετακίνηση του ασθενούς ή την εξέταση αυτού. Σε περίπτωση μάλιστα κατά την οποία έχει διανοιχθεί ο σκληρός και ο κερατοειδής χιτώνας είναι δυνατό, στην παραμικρή πίεση του οφθαλμού, να εξέλθει υαλοειδές σώμα, με πολύ άσχημες συνέπειες για τον οφθαλμό. Επίσης μια ελαφρά πίεση στον τραυματισμένο οφθαλμό είναι δυνατόν να προκαλέσει αιμορραγία με επίσης δυσμενείς συνέπειες.

Ξένα σώματα: Μικρά ξένα σώματα βρίσκονται συνήθως στο πίσω

μέρος του παρσού, στην υποταρσική αύλακα.

Συμπτώματα: Έντονη αίσθηση ξένου σώματος σε κάθε ανοιγοκλείσιμο του άνω βλεφάρου, βλεφαρόσπασμος, δακρύρια. Μπορούμε να δούμε το άνω βλεφαρικό κόλπωμα μόνο εάν στρέψουμε δυο φορές το βλέφαρο με ένα άγκιστρο βλεφάρου, κάτι που είναι αρμοδιότητα του οφθαλμιάτρου, γιατί στάχια ή άλλα ξένα σώματα που έχουν άγκιστράκια, με το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων φθάνουν στο άνω βλεφαρικό κόλπωμα. Επίσης σε θερμικά ή χημικά εγκαύματα πρέπει πάντοτε να επισκοπείται ολόκληρος ο σάκος του επιπεφυκότα και να καθαρίζεται προσεκτικά. Η αναστροφή μπορεί να είναι πολύ δύσκολη εάν δημιουργηθεί βλεφαρόσπασμος, σαν συνέπεια ενός τραυματισμού του κερατοειδή, κάτι που συμβαίνει σχεδόν πάντα σε εγκαύματα με ασβέστη. Τότε πρέπει να αναισθητοποιήσουμε τον επιπεφυκότα και τον κερατοειδή (π.χ. με *Novesin*).

Χημικά εγκαύματα συμβαίνουν ιδιαίτερα συχνά με ασβέστη, με αλκάλια ή με χημικές ουσίες εργαστηρίων. Η τύχη του ματιού εξαρτάται πραγματικά από τις πρώτες βοήθειες.

Είναι δυνατό ένα μάτι, το οποίο έπαθε έγκαυμα π.χ. με ασβέστη, να σωθεί εφόσον η πλύση γίνει αμέσως εκείνη τη στιγμή. Ενώ όσο περνούν τα λεπτά και οι ώρες τόσο χειρότερη πρόγνωση έχει αυτό το μάτι να διατηρήσει τη φυσιολογική του όραση. Σε μια τέτοια περίπτωση που έπεσε ασβέστης ή άλλο χημικό υλικό στα μάτια του ασθενούς, ποτέ δεν περιμένουμε τη μεταφορά του στο πλησιέστερο Νοσοκομείο, γιατί κάθε λεπτό που περνάει είναι ζωτικής σημασίας, αλλά αμέσως ρίχνουμε άφθονο νερό αφού ανοίξουμε τα βλέφαρα του ασθενούς. Έστω και αν ο ασθενής έχει φοβερούς πόνους και αντιδρά σ αυτήν την τακτική. Η καλύτερη μέθοδος είναι να

κρατήσουμε τα βλέφαρα ανοιχτά κάτω από τη βρύση.

Νοσηλευτική φροντίδα: Γενικά νοσηλευτικά μέτρα για κακώσεις και τραυματισμούς των οφθαλμών είναι:

- α) Πλύση οφθαλμού με φυσιολογικό ορό.
- β) Ενστάλλαξη χρωστικής ουσίας, όπως FLUORESCEIN, για ανακάλυψη διαβρώσεως του κερατοειδούς και εξελκώσεως.
- γ) Πλύση οφθαλμού στη συνέχεια
- δ) Εκτίμηση σοβαρότητας κακώσεως και θεραπεία.
- ε) Ιατρική παρακαλούθηση

Φ λ ε γ μ ο ν έ ς :

Συμπτώματα: Τα αγγεία που επιπεφυκότα είναι πολύ γεμάτα (διεσταλμένα) και το μάτι γίνεται "κόκκινο". Επί πλέον εμφανίζεται αυξημένη έκκριση, που μπορεί να είναι υδαρής ή βλεννώδης και σε βλεννόρροια πυώδης. Το οίδημα μπορεί να διαφέρει και να πάρει όλες τις διαβαθμίσεις μέχρι που ο επιπεφυκότας να φαίνεται εκτός των βλεφάρων (εκχύμωση).

Φωτοφοβία και δάκρυα εμφανίζονται σε ένταση. Εάν συμμετέχει το επιθήλιο του κερατοειδή (Κερατοεπιπεφυκίτιδα) υπάρχει σχεδόν πάντα βλεφαρόσπασμος. Το υποκειμενικό ενόχλημα από μια φλεγμονή του επιπεφυκότα εξαρτάται κατά ένα ποσοστό, από την ένταση της φλεγμονής και κατά ένα άλλο από την αρχική ψυχική κατάσταση. Η υποκειμενική εκτίμηση όμως μπορεί να αλλάξει στον ίδιο άνθρωπο σε διαφορετικούς χρόνους. Γι αυτό δεν πρέπει να σκεφτούμε με βιασύνη μια ψυχασθένεια αν ο ασθενής με λίγα αντικειμενικά ευρήματα εξωτερικεύσει μεγάλες υποκειμενικές ενοχλήσεις.

Τα αίτια των φλεγμονών του επιπεφυκότα μπορεί να είναι εξαιρετικά πολλά:

1. Μη μολυσματικές επιπεφυκίτιδες

Α. Απλή επιπεφυκίτιδα: Αυτή είναι ίσως η συχνότερη ασθένεια

των ματιών. Είναι πολύ δύσκολο να αποδειχθούν τα αίτια της σε όλες τις περιπτώσεις. Αυτά μπορεί να είναι μηχανικά ή φυσικοχημικά: καπνός, σκόνη, ζέστη, κρύο, άνεμος, υπεριώδες φως (ηλεκτροσυγκόλληση). Ανωμαλίες της θέσης των βλεφάρων ή των βλεφαρίδων.

Διαταραχές της διόφθαλμης συνεργασίας: Ετεροφορία και ειδικά η 'εξωφορία, ανεπάρκεια σύγκλισης. Γυαλιά με λανθασμένη διακορική απόσταση καθώς και λανθασμένη επικέντρωση των φακών για κοντά σε διπλοεστιακά γυαλιά. Λανθασμένοι άξονες αστιγματισμού (κυλινδρικοί φακοί).

Υπερένταση: Πολύωρη κοντινή εργασία χωρίς διακοπή, ανεπαρκώς διορθωμένη πρεσβυωπία, γενική εξάντληση, ανεπαρκής ύπνος και νευρασθένεια.

Θεραπεία: Ο μεγάλος αριθμός των φαρμάκων που κυκλοφορούν στο εμπόριο κατά την μη μικροβιακής επιπεφυκτίδας, φανερώνει τη δυσκολία της θεραπείας. Εάν δεν έχουν ανακαλυφθεί τα αίτια, ο γιατρός προτιμά στυπτικά σκευάσματα, που περιέχουν ψευδάργυρο ή άλατα βορικού, με ή χωρίς αδρεναλίνη. Συχνά επίσης βοηθούν συνδυασμοί βιταμινών με αιθέρια έλαια. Στους ηλικιωμένους τα τεχνητά δάκρυα έχουν μερικές φορές εκπληκτικά καλά αποτελέσματα, ίσως κυρίως λόγω ύγρανσης του ματιού σε μειωμένη έκκριση δακρύων.

Στην ελαττωμένη έκκριση δακρύων λόγω προχωρημένης ηλικίας, δεν πρέπει να συνιστάμε στυπτικές σταγόνες. Εάν η περιεκτικότητα των παραγώγων αδρεναλίνης ορισμένων ετοιμών παρασκευασμάτων διευρύνει την κόρη, τότε καταφεύγουμε σε παρασκευάσματα ελεύθερα αδρεναλίνης, όπως απεσοιδηματικά και αντιαλλεργικά.

Β. Αλλεργική επιπεφυκίτιδα. Ατοπικές αλλεργίες

Αλλεργικές αντιδράσεις του επιπεφυκότα βλέπει ο οφθαλμίατρος σε ασθενείς που χρησιμοποιούν διαρκώς φάρμακα π.χ. σε γλαυκωματικούς ασθενείς που ενσταλλάζουν για θεραπεία στο σάκο του επιπεφυκότα καθημερινά και πολλές φορές μυωτικά, καθώς και τοπικά αναισθητικά για μέτρηση της πίεσεως. Αλλεργία όμως μπορεί να δημιουργηθεί με κάθε φάρμακο, με καλλυντικά, με τρίχες ζώων κτ.λ. όπως επίσης και σαν σύμπτωμα μιας γενικευμένης υπερευαισθησίας.

Η επιπεφυκίτιδα από χόρτο εκδηλώνεται την εποχή που ανθίζουν τα χόρτα και άλλα φυτά και συνοδεύεται τις πιο πολλές φορές με έντονη ρινίτιδα. Αίτιο είναι η αλλεργία προς τη γύρη. Ενταύτοις, η ίδια κλινική εικόνα μπορεί να εκδηλωθεί και από διαφορετικά αλλεργιογόνα.

Ο Εαρινός κατάρρους (εαρινή επιπεφυκίτιδα) εμφανίζεται στην Ευρώπη κατά την Άνοιξη σε αγόρια και νεαρά άτομα. Ο επιπεφυκότας εμφανίζει εκβλαστήσεις σαν λιθόστρωτο στην περιοχή του άνω βλεφάρου, μερικές φορές μάλιστα ακόμη και στο σκληροκερατοειδικό όριο.

Θεραπεία: Όπου είναι δυνατόν απευαισθητοποίηση και αποφυγή επαφής με αντιγόνα.



Ε'κ. 63. Άλλεργική επιπεφυκίτις. Οίδημα τών βλεφάρων. Χύμωσις, δηλαδή φυσαλιδώδης υπέγερσις του βολβικού επιπεφυκότος εκ του σκληροῦ χιτώνος συνεπεία διϊδρώσεως ὑγροῦ. Άλλεργία πρὸς τήν γῦριν τών δημητριακῶν. (22 ἐτῶν ♂).
Ε'κ. 64. Έαρινή επιπεφυκίτις. Προεξοχαί του ταρσαίου επιπεφυκότος δίκτην λιθοστρώτου. (8 ἐτῶν ♂).

2. Μικροβιακές επιπεφυκίτιδες

Οφθαλμία των νεογνών: Η πυώδης επιπεφυκίτιδα των νεογνών , απαιτεί πάντοτε εξέταση και θεραπεία από ειδικό γιατρό. Οι πιο επικίνδυνοι μικροοργανισμοί είναι οι γονόκοκκοι και οι ψευδομονάδες, ενώ οι μολύνσεις με σταφυλόκοκκους, πνευμονόκοκκους, τριχομονάδες, και μυκόπλασμα είναι λιγότερο επικίνδυνες. Τα βλέφαρα είναι διογκωμένα, ο επιπεφυκότας είναι έντονα ερυθρός και παρουσιάζει μεγάλη έκκριση πύου. Γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα έγινε σήμερα σπάνια με την προληπτική θεραπεία με ενστάλλαξη στα μάτια των νεογέννητων σταγόνων διαλύματος νιτρικού αργύρου 2%. Σήμερα χρησιμο-

ποιούμε γενικά διάλυμα 1% που χορηγείται έτοιμο, και είναι μιας χρήσης και για ένα μόνο παιδί. Είναι βαριά επιπεφυκίτιδα με άφθονο πύο το οποίο εμφανίζεται 2-3 μέρες μετά τη γέννηση. Οι οφθαλμοί γίνονται κατακάθινοι και τα βλέφαρα είναι πρησμένα.

Η επιπεφυκίτιδα από σταφυλόκοκκο έχει τις πιο πολλές φορές διαδρομή χρόνου παρά οξέος κατάρρου. Η μόλυνση από στρεπτόκοκκο παρουσιάζει συχνά ψευδομεμβράνες και αυτή από πνευμονιόκοκκους μικρές αιμορραγίες στο βλενογόνο.

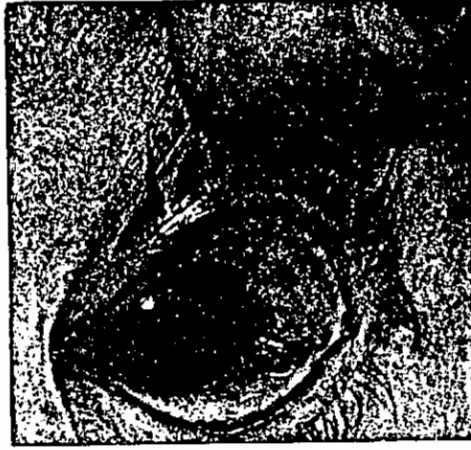
Θεραπεία : Καθαρισμός των χειλέων του βλεφάρου και του επιπεφυκότα με χλιαρό νερό ή βορικό οξύ 3%, κολλύφια σουλφοναμιδών, αλοιφές ή σκευάσματα αντιβιοτικών.

Γωνιώδης επιπεφυκίτιδα Gram αρνητικά βακτηρίδια.

Εμφανίζεται αμφοτερόπλευρα, τις πιο πολλές φορές σε χρόνια βάση και ιδιαίτερα το καλοκαίρι. Επηρεάζει την περιφέρεια του κερατοειδή και τα χείλη των βλεφάρων. Παρουσιάζεται ενώδες έκκριμα (έλλκεται σαν νήμα) και ερυθρότητα με κυανωπή απόχρωση, ιδιαίτερα στην εξωτερική γωνία του βλεφάρου.

Gram θετικά βακτηρίδια

Διφθεριτική επιπεφυκίτιδα είναι πολύ σπάνια. Παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά. Αυτή οφείλεται στο βακτηρίδιο του LOFFLER. Εμφανίζει τα ίδια συμπτώματα με τις άλλες οξείες επιπεφυκίτιδες με τη διαφορά ότι εδώ οι εκκρίσεις πήγνυνται και σχηματίζουν είδος μεμβράνης.



Διφθεριτική επιπεφυκίτις. Μεμβρανώδης πάχυνσις του βλεφαρικού επιπεφυκότος του άνω και κάτω βλεφάρου. (15 μηνών ♀).

Νοσηλευτική φροντίδα: Η αδελφή πρέπει να χρησιμοποιήσει κολλύρια και αλοιφές αντιβιοτικές όπως και να λάβει φροντίδα να μη μεταδοθεί η νόσος.

Χλαμύδια

Τράχωμα:

Από τις πλέον γνωστές παλιές παθήσεις του επιπεφυκότος είναι το τράχωμα. Παλιά θεραπευόταν με πρωτόγονα μέσα. Πριν από λίγα χρόνια ήταν μια συνηθισμένη ασθένεια στην Ελλάδα, σήμερα όμως χάρη στην καινούργια χημιοθεραπεία τείνει να εκλείψει.

Η μετάδοσή της γίνεται με ιδιαίτερα στενή επαφή

π.χ. από κοινές πεταέτες, ρύπανση, καθώς και με μύγες που μαζεύονται στο μολυσμένο έκκριμα της βλεφαρικής σχισμής των άρρωστων παιδιών. Στο ουλώδες στάδιο η αρρώστια μεταδίδεται δύσκολα. Η ανοσία απου αφήνει δεν είναι μόνιμη.

Κληνεκή εικόνα: Η πάθηση αρχίζει σαν μη ειδικός κατάρρους του επιπεφυκότα. Μετά εμφανίζονται τα τυπικά υποεπιθηλιακά πηκτωματώδη θυλάκια, μεγέθους 1-3 μμ. που βρίσκονται σε ένα θολερό και οιδηματώδη ιστό.

Προσβλημένος είναι ο βλεφαρικός επιπεφυκότας και τα κολπώματά του, ιδιαίτερα το άνω, ενώ ο βολβικός επιπεφυκότας παραμένει ανέπαφος. Ο κερατοειδής προσβάλλεται πρώιμα με την προώθηση μιας γκριζωπής πηκτωματώδους, σαν παραπέτασμα θόλωσης. Αργότερα τα θυλάκια σχίζονται και ουλοποιούνται. Μετά απ αυτό επέρχεται ουλώδης ρίκνωση.

Το απελπιστικό τελευταίο στάδιο του βαρέος τραχώματος χαρακτηρίζεται από ξήρανση του επιπεφυκότα σαν συνέπεια της ουλοποίησης των εκφορητικών πόρων των δακρυϊκών αδένων και ουλοποίηση του κερατοειδή.

Θεραπεία: Τετρακυκλίνη τοπικά σαν αλοιφή, σε ανάγκη γενικά. Η χειρουργική θεραπεία είναι απαραίτητη στο στάδιο της ουλοποίησης για να αποφευχθεί το εντρόπιο και η τριχίαση.

Ό γ κ ο ι

Σπίλος: Αυτός είναι ο πιο συνηθισμένος όγκος και συνήθως βρίσκεται στο σκληροκερατοειδικό όριο.

Δερμοειδής κύστη, αιμαγγείωμα και θήλωμα: Αυτοί είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι. Τα θηλώματα είναι συνήθως μι-

σχωτά ογκίδια ελαφρώς αιμορραγούντα που πρέπει να αφαι-
ρεθούν χειρουργικά γιατί μπορεί να υποτροπιάσουν.

Το κακοήθες μελάνωμα αυξάνεται και διηθεί τους ιστούς κα-
θώς επίσης και τον κερατοειδή. Σε αυτές τις περιπτώσεις
πρέπει να αφαιρεθεί το μάτι. Είναι πολύ δύσκολο στην πρώ-
τη εξέταση να ξεχωρίσουμε μια εκτεταμένη καλοήγη μελάνωση
του επιπεφυκότα από ένα κακοήθες μελάνωμα.

Την κύρια διαφορά διαπιστώνουμε μόνο στις επανειλημ-
μένες εξετάσεις. Το μη κακοήθες μελάνωμα δεν μεγαλώνει.

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Τ Ο Υ Φ Α Κ Ο Υ

Κ α τ α ρ ρ ά κ τ η ς

Η συχνότερη ανωμαλία του κρυσταλλοειδή φακού είναι η απώλεια της διαφάνειάς του, δηλαδή η θόλωση αυτού. Οπότε οι φωτεινές ακτίνες δεν μπορούν να φθάσουν στον αμφιβληστροειδή. Η θόλωση αυτή ονομάζεται καταρράκτης. Ο βαθμός της θολώσεως του φακού είναι διάφορος (αρχόμενη θόλωση του φακού, άωρος καταρράκτης, ώριμος κλπ.) Επί τελείας θολώσεως ο οφθαλμός δεν βλέπει αλλά διατηρεί την αντίληψη του φωτός, μάλιστα ο ασθενής με τον καταρράκτη μπορεί να εντοπίσει τη διεύθυνση της φωτεινής πηγής.

Τον καταρράκτη μπορούμε να διακρίνουμε και με γυμνό οφθαλμό. Εάν φωτίσουμε το μάτι του αρρώστου οπότε η κόρη παύει να είναι μαύρη και εμφανίζει λευκωπή χροιά. Συνήθως η θόλωση του φακού παρατηρείται επί ηλικιωμένων ατόμων (γεροντικός καταρράκτης). Μπορεί όμως να εμφανισθεί κατά τη γέννηση (συγγενής) ή να προέλθει από τραυματισμό του φακού (άμεσο ή έμμεσο) (τραυματικός καταρράκτης). Καταρράκτης επίσης προέρχεται από γενικώτερες διαταραχές (διαβήτης, ορμονικές διαταραχές, φλεγμονές του οφθαλμού κ.ά.) και αυτός καλείται παθολογικός καταρράκτης.

Επίκτητοι τύποι καταρράκτη

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

- α. Σε αρχόμενο καταρράκτη υπάρχουν περιφερειακές θολώσεις.

β. Σε μη ώριμο ή σε προχωρημένο καταρράκτη γκριζόλευκες θολερότητες του φλοιού φθάνουν σαν ακτίνες τροχού μέχρι το κέντρο και μειώνουν την όραση. Σε ώριμο καταρράκτη ο φακός είναι πλήρως θολωμένος. Αυτή η παλιά ταξινόμηση είχε σχέση με την ένδειξη για εγχείρηση, γιατί παλαιότερα περίμεναν τον καταρράκτη να ωριμάσει.



Εικ. 137. Γεροντικός καταρράκτης. 'Αριστερά: 'Ωριμος καταρράκτης, πυκνή λευκόφαιος θόλωση όλων των στιβάδων. Δεξιά: 'Αφακία μετά περιφερικής ιριδεκτομίας (63 ετών σ').

Από πρακτική άποψη σημαντικότερη είναι η ταξινόμηση σύμφωνα με τη θέση της θόλωσης. Διακρίνουμε δυο συχνούς τύπους α) τον φλοιώδη καταρράκτη και β) τον πυρηνικό καταρράκτη.

Στον φλοιώδη καταρράκτη διακρίνουμε δυο συχνούς τύπους, σαν διαυγείς σχισμές και σαν ακτίνες τροχού με αργή εξέλιξη, καθώς και την υποπεριφανική οπίσθια θόλωση του φλοιού με ταχεία εξέλιξη, όπου η όραση για κοντά μειώνεται ιδιαίτερα έντονα. Τέλος, υπάρχει και ο σπανιότερος πυρηνικός καταρράκτης.

Ο πυρηνικός καταρράκτης είναι τις πιο πολλές φορές μια φαιώπη θόλωση του πυρήνα, που εξελίσσεται συνήθως αρχά και προκαλεί μια επιπρόσθετη διαθλαστική μυωπία.

Υποκειμενικά συμπτώματα

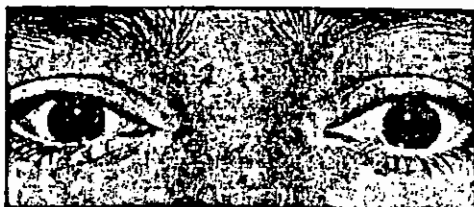
Σε όλους τους τύπους του καταρράκτη αλλά ιδιαίτερα στον πυρηνικό καταρράκτη, ο ασθενής βλέπει καλύτερα σε αδύνατο παρά σε δυνατό φως· η κόρη τότε διευρύνεται και μπορεί να βλέπει παρακάμπτοντας την κεντρική θόλωση του πυρήνα. Σε φλοιώδη καταρράκτη η διάχυτη διάθλαση του φωτός προκαλεί θάμπωμα την ημέρα. Γι αυτό ο ασθενής για να προφυλάσσεται από το φως της ημέρας, που τον ενοχλεί ιδιαίτερα, φορά και επιπλέον γυαλιά ηλίου. Οι σαν αντί-νες τροχού θολώσεις και οι διαυγείς σχεσμές του φλοιού αυξάνονται βαθμιαία με τα χρόνια. Παρουσιάζονται επίσης και αυτόματες αλλά παροδικές αναστολές της εξέλιξης, που φαίνονται σαν μικρές βελτιώσεις. Αυτές δίνουν ψευδή θεραπευτικά αποτελέσματα αν κατά σύμπτωση χρησιμοποιήθηκε ένα από τα πολλά φάρμακα που στην πραγματικότητα δεν προσφέρουν καμιά ωφέλεια.

Η υποπεριφανική οπίσθια φλοιώδης θόλωση αντίθετα , προχωρεί πολύ γρήγορα και προκαλεί μια διαθλαστική μυωπία. Ο φακός μπορεί να αποκτήσει δυο διαφορετικές εστίες και να προκαλέσει έτσι μονόφθαλμη διπλωπία.

Καταρράκτης σε νοσήματα ανταλλαγής της ύλης.

Διαβητικός καταρράκτης: Σε νεαρά διαβητικά άτομα σπάνια παρουσιάζονται υποπεριφανικές, άσπρες σαν νιφάδες χιονιού, θολώσεις από τις οποίες δημιουργούνται σύντομα ακτινωτές θολώσεις και ολικός καταρράκτης. Σε διαβητικούς μεγαλύτερης ηλικίας ο καταρράκτης είναι συχνότερος από ότι σε συνομήλικους υγιείς.

Είκ. 135. Διαβητικός καταρράκτης. Θολώσεις του φλοιού του φακού αμφοτέρων των οφθαλμών δίκην νιφάδων. (25 ετών ♀, σάκχαρον αίματος 490 mg%).



Είκ. 136. Διαβητικός καταρράκτης. Ό ο εις οφθαλμός τής είκ. 135. Θολρότης του φακού («δίκην νιφάδων χιόνος καταρράκτης») μετά διαγούς περιφερείας του φακού επί μεγάλης διευρύνσεως τής κόρης.



Καταρράκτης τετανίας ή τετανικός:

Σ αυτόν βρίσκει κανείς υποπεριφακικές στικτές θολερότητες, καθώς και θολώσεις των ινών στην περιοχή του ενήλικα πυρήνα. Το ασβέστιο του αίματος μειώνεται και παράλληλα εκδηλώνονται συχνά και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της τετανίας: μηχανική υπερδιεγερσιμότητα, π.χ. σε επίκρουση του

στελέχους του προσωπικού νεύρου (φαινόμενο Chvostek) όπως τα σημεία Erb και Trousseau.

Καταρράκτης από κορτιζόνη

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

Καταρράκτης σε γαλακτοζαιμία

Στα νεογέννητα με γαλακτοζαιμία δημιουργείται καταρράκτης, που μπορούμε να τον εμποδίσουμε και να τον θεραπεύσουμε με δίαιτα ελεύθερη γαλακτόζης. Αυτός είναι ο μοναδικός ανατάξιμος καταρράκτης.

Καταρράκτης σε τραυματισμούς

Καταρράκτης από θλάση. Μετά από θλάση ο φακός μπορεί να θολώσει, με τη μορφή μιας τραυματικής όψιμης ροζέτας που εμφανίζεται κάτω από το πρόσθιο και οπίσθιο περιφάκιο. Αυτή η θόλωση με το πέρασμα του χρόνου εισχωρεί σε βαθύτερες στιβάδες. Σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα οι τύποι θόλωσης δεν μπορούν σχεδόν να διακριθούν από το γεροντικό καταρράκτη.



Εικ. 133. Τραυματικός καταρράκτης άριστερά κατόπιν διατιτραίνοντος τραύματος. Άριστερός όφθαλμός εις θέσιν αποκλίνουσαν. Πυκνή λευκόφαιος θόλωσης κατά την περιοχήν της κόρης. Κόρη έν μυδριάσει Όπτική δξύτης 2/50 (19 έτών).

Εικ. 134. Κατάσταση κατόπιν άναρροφήσεως του φακού διά της σύριγγος του Fuchs. Άριστερός όφθαλμός εις θέσιν κανονικήν. Κόρη βαθέως μελανής χροιάς. Όπτική δξύτης 5/10. Διόφθαλμος όρασις.

Καταρράκτης σε διάτρηση

Μετά από διάτρηση του περιφάνιου εισχωρεί υδατοειδές υγρό, που διογκώνει τα στρώματα του φακού. Και τους δυο τύπους τους ονομάζουμε τραυματικό καταρράκτη.

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

Ακτινικός καταρράκτης

Αυτός παρουσιάζεται 1-2 χρόνια μετά από εφάπαξ ή τμηματική ακτινοβολία με περισσότερα από 6 Gy (1 Gy = 1 Gray = Joule/kg = 100 rd). Γι αυτό σε ακτινοβολία Rontgen ή ραδιοακτινοβολία στην περιοχή του κεφαλιού πρέπει να προστατεύεται με επιμέλεια οι φακοί με προθέσεις μολυβδούχων γυαλιών.

Καταρράκτης υαλουργών ή πυρογενής καταρράκτης επέρχεται σαν αποτέλεσμα της υπέρυθρης ακτινοβολίας. Παρατηρείται θόλωση στον οπίσθιο πόλο των φακών και αποκόλληση πεταλιών από το πρόσθιο περιφάνιο. Η επαγγελματική αυτή πάθηση σήμερα με την εφαρμογή των προστατευτικών γυαλιών, σπανίζει.

Ηλεκτρικός καταρράκτης

Αυτός δημιουργείται από τραυματισμό με ισχυρό ρεύμα ή κεραυνοπληξία.

Καταρράκτης σε οφθαλμικές παθήσεις:

Καταρράκτης επιπλοκής

Αυτός μπορεί να δημιουργηθεί σε χρόνιες ενδοφθάλμιες παθήσεις, όπως π.χ. σε χρόνια ιριδοκυκλιτιδα, σε γλαύκω-

μα, σε μακράς διάρκειας αποκόλληση του αμφιβληστροειδή ή σε μεγαγχρωστική εκφύλιση. Η θόλωση εμφανίζεται αστεροειδώς στον οπίσθιο πόλο και υποπεριφακικά.

Καταρράκτης ετεροχρωμικός

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

Συγγενείς τύποι καταρράκτη

Ολικός καταρράκτης

Παρουσιάζεται σαν πυκνή λευκή θόλωση και προέρχεται από λογενή μόλυνση του εμβρύου στους 3 πρώτους μήνες της κύησης: παιδιά με ερυθρά, ανεμευλογία, παρωτίτιδα ή ιλαρά πρέπει οπωσδήποτε να κρατιούνται μακριά από τις εγκύους αυτό το χρονικό διάστημα. Πολύ πιο σπάνια πρόκειται για κληρονομικό καταρράκτη. Συχνά παρουσιάζονται ταυτόχρονα και άλλες ανωμαλίες του ματιού, μικροφθαλμία και κολόβωμα του χοριοειδή εμφανίζονται με καταρράκτη σε τρισωμία 13/15. Αυτά τα παιδιά πεθαίνουν τις πιο πολλές φορές πριν από τον 6ο μήνα. Σε μογγολισμό (σύνδρομο Down, τρισωμία 21) 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 (π.χ. τοξοπλάσμωση).



Είκ. 128. Συγγενής όλικός καταρράκτης. Έμβρυοπάθεια εξ έρυθράς. Έρυθρά της μητρός κατά τó πρώτον τρίτον τής κυήσεως. Άμφοτερόπλευρος πυκνή λευκόφαιος θόλωσις όλων τών στιβάδων του φακού (5 μηνών σ').

Ζωνοειδής καταρράκτης

Αυτός περιβάλλει τον πυρήνα (περιπυρηνικός καταρράκτης) ενώ ο φλοιός και ο πυρήνας παραμένουν διαφανείς. Μερικές επιπυκνώσεις θολώσεις επικαθονται σαν επιπέδες από τη μεριά του ισημερινού πάνω στο κέλυφος της θόλωσης. Εκτός απ αυτούς που αναφέρθηκαν, υπάρχουν πολυάριθμοι σπανιότεροι τύποι, των οποίων τα ονόματα αναφέρονται ενδεικτικά: πρόσθιος, οπίσθιος πολικός καταρράκτης, πυρηνικός καταρράκτης (θόλωση του πυρήνα) καὶ άλλοι. Πολλοί συγγενείς καταρράκτες είναι κληρονομικοί, κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα. Όλοι οι συγγενείς τύποι καταρράκτη έχουν κοινό χαρακτηριστικό ότι δεν αυξάνονται.

Δευτερογενής καταρράκτης

Έτσι ονομάζουμε τον καταρράκτη που μπορεί να δημιουργηθεί από τα υπολείμματα του περιφάνιου και του φλοιού, που παραμένουν στο μάτι μετά από μια εξωπεριφα-

κική εγχείρηση. Μπορεί να είναι αραχνοειδώς λεπτός ή και να σχηματίζεται από άτακτη αύξηση του περιφακικού επιθηλίου, με μορφή σφαιριδίων σαν αυγά βατράχου. Ο καταρράκτης αυτός μπορεί να ξαναχρειασθεί εγχείρηση (σχάση δευτερογενούς καταρράκτη). Αυτό είναι το μειονέκτημα της εξωπεριφακικής εγχείρησης και γι αυτό σήμερα χειρουργούμε πάντοτε ενδοπεριφερειακά (ο φακός και το περιφάκιο απομακρύνονται μαζί).

Φαρμακευτική Θεραπεία

Ο γαλακτοζαιμικός καταρράκτης είναι ανατάξιμος με δίαιτα χωρίς γαλακτόζη. Σε διαβητικό και τετανικό καταρράκτη μια ανάλογη θεραπεία με ινσουλίνη ή ασβέστιο μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη. Οι θολωμένες όμως ίνες δεν ξαναδιαυγάζουν. Στις υπόλοιπες μορφές καταρράκτη, ιδιαίτερα του γεροντικού, τα φάρμακα ωφελούν μόνο τον κατασκευαστή και τον φαρμακοποιό. Ο ασθενής κατ αρχάς παρηγοριέται, μετά όμως, όταν διαπιστώνει ότι το φάρμακο δεν τον βοηθά, χάνει την εμπιστοσύνη του στο γιατρό. Καλύτερα να του πει κανείς αμέσως την πραγματικότητα, ότι δηλαδή θα πρέπει να χειρουργηθεί, όταν δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί στις δραστηριότητες και τις ανάγκες του.

Νοσηλευτική Φροντίδα

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η ίδια που ακολουθείται σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από οφθαλμολογικές παθήσεις.

Μετεγχειρητική φροντίδα: Μετά την εγχείρηση ο ασθενής επανέρχεται στο κρεβάτι του με κλειστούς και τους δυο οφθαλμούς με οφθαλμικούς επιδέσμους ή πλαστικούς οφθαλ-

μικούς προφυλακτικές. Προς ανακούφιση του αρρώστου από τη συνεχή κατάκλιση, μπορούμε να τοποθετήσουμε προσκέφαλο κάτω από τα γόνατα ή στην ωμοπλάτη χωρίς όμως να επηρεασθεί η ακινησία του κεφαλιού.

Η λήψη υγρών επιβάλλεται, εφ' όσον ο ασθενής δεν έχει εμέτους, πολτώδεις τροφές χορηγούνται μετά το πρώτο εικοσιτετράωρο. Συχνά επιτρέπεται η έγερση του ασθενούς μετά το πρώτο εικοσιτετράωρο ή σαρανταοκτάωρο. Εξαρτάται δε πάντοτε από τη γενική κατάσταση του ασθενή. μόνον κατόπιν εντολής του ιατρού. Χρησιμοποιούμε προφυλακτικές γιατί αυξάνουν το αίσθημα της ασφάλειας του ασθενή. Επίσης η γνωστοποίηση του ονόματος της αδελφής εφ' όσον ο άρρωστος έχει σφαλισμένα και τα δύο μάτια, είναι απαραίτητη.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου εικοσιτετράωρου ο ασθενής είναι πολύ ανήσυχος και εκνευρισμένος, γιατί κατέχεται από αισθήματα αβεβαιότητας για την πορεία της νόσου. Η έμπειρος και συμπαθής αδελφή μπορεί να το καταλάβει αυτό και με κατάλληλα μέσα να επαναφέρει τον ασθενή στη φυσιολογική του κατάσταση. Λόγω του ότι η εγχείρηση του καταρράκτου εφαρμόζεται σε ηλικιωμένα άτομα ο κίνδυνος κυκλοφοριακών και αναπνευστικών επιπλοκών από την κατάκλιση είναι μεγάλος. Γι αυτό η αδελφή παροτρύνει τον ασθενή να κάνει ενεργητικές κινήσεις των κάτω άκρων και συντομεύει την έγερση του ασθενή μετά από ιατρική εντολή.

Η εμφάνιση ισχυρού άλγους, ενδεχομένως να είναι σημείο μιας αιμορραγίας, γι αυτό ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός. Οι αλλαγές του τραύματος γίνονται με πλήρη αση-

ψία. Όταν αφαιρούνται τα ράμματα, ο οφθαλμός αναισθητοποιείται με πεντοκαΐνη 1% και επιδένεται πάλι. Ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο όταν ο οφθαλμός προσαρμοσθεί τελείως στο φως της ημέρας. Μετά από έξι έως οκτώ εβδομάδες από την αφαίρεση του κρυσταλλοειδούς φακού τοποθετούται δίοπτρα σε αντικατάσταση του φακού. Πλήρης προσαρμογή της οράσεως επιτυγχάνεται μετά παρέλευση έξι μηνών. Πολύ γρήγορα ο ασθενής χρησιμοποιεί δίοπτρα για μακριά και κοντά.

Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς που πρόκειται να υποστεί εγχείρηση καταρράκτου

Αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται η νοσηλευτική φροντίδα

Νοσηλευτική φροντίδα

1. Ετοιμασία ασθενούς για την εγχείρηση

A. Προσανατολισμός του ασθενή στο νέο περιβάλλον.

Επιτυγχάνεται:

- α) Μερικές επισκέψεις σ όλους τους χώρους του τμήματος
- β) Συνεχείς επεξηγήσεις της διεξαγωγής της όλης εργασίας στο Νοσοκομείο.
- γ) Χρησιμοποίηση προφυλακτήρων κλίνης, όταν ο ασθενής είναι ηλικιωμένο άτομο.

B. Χρησιμοποίηση μέτρων και μέσων αποκαταστάσεως αμέσως όταν έλθει ο ασθενής:

- α) Δια διδασκαλίας όπως αναπνέει βαθειά, κινεί τα κάτω άκρα και τηρεί το κεφάλι σε πλήρη ακινησία.
- β) Δια καθοδηγήσεως όπως κλείνει τους οφθαλμούς μετά προσοχής ώστε να μη σφίγγονται πολύ τα βλέφαρα.

Γ. Μείωση των πιθανοτήτων μόλυνσεως των επιπεφυκώτων:

- α) Δια καλλιέργειας εκκριμάτων των επιπεφυκώτων

β) Δια χρησιμοποίησής ευρέως φάσματος αντιβιοτικών κολλυρίων κατόπιν οδηγίας του ιατρού.

β) Δια τηρήσεως αρχών ασηψίας και αντισηψίας όταν γίνεται νοσηλεία στον οφθαλμό.

Δ. Προετοιμασία προσβληθέντος οφθαλμού για εγχείρηση:

α) Δι' ενστάλαξεων μυδριατικών κολλυρίων κατόπιν οδηγίας του ιατρού.

β) Δια παρακολουθήσεως των αποτελεσμάτων των μυδριατικών κολλυρίων, δηλαδή εάν η κόρη έχει διασταλεί.

γ) Χορήγηση φαρμάκων για την πίεση του οφθαλμού, κατόπιν εντολής του ιατρού.

2. Παροχή αρίστης μετεγχειρητικής φροντίδας

A. Άφ' εις νέου προσανατολισμός του ασθενούς στο περιβάλλον.

B. Να ληφθούν μέτρα προς αποφυγή αυξήσεως της ενδοφθάλμιας πίεσεως και μεγάλη προσοχή στα ράμματα του τραύματος:

α) Δια της διδασκαλίας να μη βήχει, να μη πταρνίζεται και να μην κάνει απότομες κινήσεις ο ασθενής.

β) Δι' ανυψώσεως του ερεισινώτου 30 - 45°

γ) Δια τοποθετήσεως του αρρώστου σε ύπτια θέση

δ) Δια τηρήσεως κλειστού του οφθαλμού προς αποφυγή τραυματισμών και χρήση προφυλακτικών των οφθαλμών.

Γ. Βελτίωση των ανέσεων του ασθενούς:

α) Αλλαγή θέσεως προς ανακούφιση της ράχεως

β) Δια χορηγήσεως ηπίων και αναλγητικών φαρμάκων προς ανακούφιση του πόνου.

γ) Δια δημιουργίας και διατηρήσεως ήσυχου και αναπνευστικού περιβάλλοντος.

δ) Διαυποσυστάσεως της αδελφής όταν εισέρχεται στον θάλαμο.

Δ. Διαπίστωση και θεραπεία των επιπλοκών:

α) Ναυτία και έμετοι:

1. Υποβαστάζει το κεφάλι του αρρώστου όταν κάνει έμετο
2. Χρησιμοποιούμε αντιεμετικές ενέσεις

β) Αιμορραγία:

1. Όταν ο ασθενής παραπονεθεί για πόνο στον οφθαλμό, πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο γιατρός.
2. Επισταμένη παρακολούθηση, όταν ο ασθενής εμφανίζει ανησυχία.

3. Ταχεία αποκατάσταση ασθενούς

A. Προσπαθούμε να αυτοεξυπηρετείται ο ασθενής:

- α) Δι' αυξήσεως των δραστηριοτήτων του προοδευτικά
- β) Δια συνεργασία να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του όταν εγερθεί από την κλίνη

B. Διαφώτιση του ασθενούς και της οικογένειάς του για τη χρήση των κολλυρίων

Γ. Κατάλληλη κατεύθυνση του ασθενή σε υπηρεσίες Ιατρικής αντίληψης και υγιεινής, εάν χρειάζεται στο σπίτι νοσηλεία.

Δ. Συμμετοχή του αρρώστου σε προγράμματα ψυχαγωγίας κατά τη διάρκεια της αναρρώσεώς του.

4. Πληροφορίες απαραίτητες για τον άρρωστο

- α) Έγχρωμα δίοπτρα πρέπει να χρησιμοποιηθούν αμέσως μόλις αφαιρεθεί η επίδεση.
- β) Πιθανό να χρειασθούν διορθωτικοί φακοί κατά την ανάρρωση.
- γ) Μόνιμοι φακοί χρησιμοποιούνται στις 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

Π Λ Α Σ Τ Ι Κ Η Κ Ε Ρ Α Τ Ο Ε Ι Δ Ο Υ Σ

Οι κακώσεις του κερατοειδούς ή και οι φλεγμονές αυτού, συμβάλλουν στη μείωση της οράσεως αλλά και στην απώλεια αυτής. Σε τέτοιες περιπτώσεις η μεταμόσχευση χιτώνα κερατοειδούς από πρόσφατο αποθανόντα, είναι πολύ ευεργετική.

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή Φ ρ ο ν τ ι δ α :

Η πλαστική για να πετύχει χρειάζεται μια πλήρη ισορροπία όλων των συστημάτων του ασθενούς. Έτσι η Αδελφή κατευθύνει τις ενέργειές της για τον πλήρη έλεγχο όλων των λειτουργιών του ασθενούς και για την ετοιμασία του για την πλαστική. Προληπτικά γίνονται ενσταλάξεις αντιβιοτικών κολλυρίων καθώς και λήψη οφθαλμολογικών εκριμάτων για καλλιέργεια.

Η ηθική τόνωση του ασθενούς επιβάλλεται. Ο ασθενής μένει στο κρεβάτι τουλάχιστο μια εβδομάδα με πιεστικούς επιδέσμους στους οφθαλμούς. Τα νοσηλευτικά προβλήματα λόγω της ακινητοποιήσεως του ασθενούς αντιμετωπίζονται αναλόγως.

Για την κένωση του εντέρου χορηγείται ήπιο καθαρτικό. Η δε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και του δέρματος είναι απαραίτητη. Χορηγείται πολτώδης τροφή και λαμβάνονται αυστηρά μέτρα προς αποφυγή μόλυνσεως του μοσχεύματος. Οι πιεστικοί επίδεσμοι χρησιμοποιούνται επί 2-4 εβδομάδες, μετά την πρώτη αλλαγή του τραύματος. Συνιστάται η χρήση σκοτεινών διόπτρων και η ανάγνωση να είναι πολύ μειωμένη. Απαγορεύεται η τηλεόραση, ο κινηματογράφος και κάθε πίεση που θα έχει επίπτωση στους οφθαλμούς.

Σήμερα η χρήση της κερατοπλαστικής είναι πολύ διαδεδομένη και τα αποτελέσματά της σωτήρια. Οι κερατοειδοπλαστικές επεμβάσεις γίνονται και στην Ελλάδα, παρ'ότι υπάρχει δυσχέρεια ευρέσεως οφθαλμών από πτώματα και διατήρηση του μοσχεύματος (οι καλούμενες Τράπεζες Οφθαλμών).

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Τ Η Σ Ι Ρ Ι Δ Α Σ
Κ Α Ι Τ Ο Υ Α Κ Τ Ι Ν Ω Τ Ο Υ Σ Ω Μ Α Τ Ο Σ

Η ίριδα, το ακτινωτό σώμα και ο χοριοειδής, σχηματίζουν μαζί τον αγγειώδη χιτώνα. Η ίριδα είναι το διάφραγμα του οπτικού συστήματος, το ακτινωτό σώμα περιλαμβάνει τον μυ της προσαρμογής και είναι η πηγή του υδατοειδούς υγρού και ο χοριοειδής χρησιμεύει για την θρέψη των εξωτερικών στιβάδων του αμφιβληστροειδή. Η ίριδα και το ακτινωτό σώμα έχουν αισθητικά νεύρα, για αυτό και η νόσησή τους είναι συχνά επώδυνη.

Η φλεγμονή της ίριδος (ιριτίς), συνήθως συνοδεύεται και από βαθμό φλεγμονής και του ακτινωτού σώματος, οπότε έχουμε την ιριδοκυκλίτιδα. Η ιριδοκυκλίτιδα παρουσιάζεται συνέπεια ρευματισμών, φυματιώσεως, ιγμορίτιδος ή συνέπεια κερατοειδίτιδος. Μερικές φορές η ενδοφθάλμια πίεση σε ιριδοκυκλίτιδα είναι πεσμένη, το μάτι είναι μαλακό και η κόρη σμικρύνεται μύσις και μερικές φορές είναι ανεβασμένη. Παράγονται επίσης συμφύσεις στο κορικό χείλος της ίριδος, για αυτό φροντίζουμε να διαστέλλουμε την κόρη με κολλύριο ατροπίνης. Τα φλεγμονώδη φαινόμενα τα οποία προκαλούν το καλούμενο ΤΥΝDALL καταπολεμούνται με χορήγηση κορτιζόνης τοπικώς υπό μορφή κολλυρίου, αλοιφής ή και με ένεση στον επιπεφυκότα. Κατόπιν εγχειρήσεως καταρράκτου ή γλαυκώματος έχουμε την περιφερική ιριδεκτομία ή την ολική ιριδεκτομία.

Φ υ μ α τ ι ώ δ η ς ι ρ ι δ ο κ υ κ λ ί τ ι ς

Στα παιδιά: Πρόκειται περί μεταστατικής πρωτομόλυνσης της ίριδος και του ακτινωτού σώματος στο 1ο στάδιο γενι-

κής νοσήσεως, από βακίλλους φυματιώσεως. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνισης φυματίων κατά σωρούς και είναι δυνατό να οδηγήσουν σε φυματιώδη πανοφθαλμία και καταστροφή του βολβού του οφθαλμού.

Σε ενήλικες: Η πάθηση προσβάλλει την ηλικία των 30 - 50 ετών και προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες από τους άνδρες. Κατά κανόνα προσβάλλεται και ο άλλος οφθαλμός. Η διάγνωση της οφθαλμικής φυματιώσεως στον ενήλικα είναι κατ'εξοχήν πιθανή διάγνωση.

Η θεραπεία είναι με ατροπίνη 1 % με μορφή σταγόνων, ελαιώδους διαλύματος ή αλοιφής. Σε περίπτωση ανάγκης ατροπίνη - κοκαΐνη σε μορφή αλοιφής ή ενέσεως στον επιπεφυκότα.

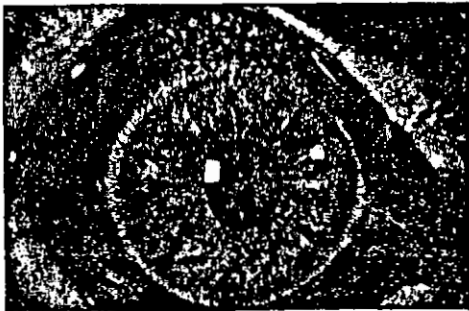
Ρευματική ιριδοκυκλίτις

Χαρακτηριστική είναι η έξοδος ζελατινώδους εξιδρώματος από το στρώμα της ίριδος στο πρόσθιο θάλαμο.

Θεραπεία: Αντιρρευματικά μέτρα, σαλικυλικά, Εναλλάξ οφθαλμική αλοιφή κορτιζόνης και Ξηρά θερμότης. Επίδεσμοι. Επί αυξήσεως της ενδοφθαλμίου πιέσεως *Διάσχοι*.

Διαβητική ιριδοπάθεια

Όμοια προς την ερύθρωση του αμφιβληστροειδούς είναι και η ερύθρωση της ίριδος χαρακτηριζόμενη άλλοτε ως διαβητική φριδίτις. Οι επιπλοκές της είναι δευτεροπαθές γλαύκωμα, υποτροπιάζουσες αιμορραγίες του πρόσθιου θαλάμου.



Εικ. 124. Έρύθρωση της ίριδος επί διαβητικής Ιριδοπαθείας. Έπιπλοκή: Δευτεροπαθές γλαύκωμα (62 ετών ♀ σάκχαρον αίματος 400 mg%).

Τραυματισμοί

Μετά από κτύπημα του ματιού μπορεί το κορινθό χείλος να ραγεί σε πολλές θέσεις (ρύξεις του σφιγκτήρα). Η κόρη δείχνει τότε λεπτές τριγωνοειδείς εσοχές. Τις περισσότερες φορές υπάρχει συγχρόνως αιμορραγία στον πρόσθιο θάλαμο (ύφαινα). Την απόσπαση της βάσης της ίριδας από

το ακτινωτό σώμα ονομάζουμε ιριδοδιάλυση. Η κόρη τότε δεν είναι πλέον στρογγυλή και στο σημείο της απόσπασης της Ιριδας, υπάρχει ένα σκοτεινό σχισμοειδές κενό. Ο άρρωστος έχει δυο κόρες και γι αυτό παραπονιέται πολλές φορές για μονόφθαλμη διπλωμία (διπλωπία μ ένα μάτι).

Μετά από κτύπημα μπορεί επίσης να συμβεί παράλυση του σφιγκτήρα, δηλαδή μια ακινησία της κόρης σε θέση μυδρίασης (τραυματική μυδρίαση) και ο ακτινωτός μυς μπορεί να παραλύσει (πάρηση προσαρμογής). Σε πολύ βαριά κτυπήματα, η Ιριδα μπορεί να αποσπασθεί εντελώς από την κατάφυσή της στο ακτινωτό σώμα (τραυματική ιριδερμηλία ή ανιριδία).

Στις συνέπειες των τραυμάτων ανήκουν επίσης η σκωρίαση της Ιριδας, η οποία παρουσιάζεται σε παραμονή στο μάτι ενός ξένου σώματος που περιέχει σίδηρο ή χαλκό. Σε σιδήρωση η Ιριδα χρωματίζεται καφετιά, το ίδιο χρώμα παίρνουν συχνά ο φακός και ο αμφωβληστροειδής. Σε χάλκωση η Ιριδα παίρνει χρώμα γκριζοπράσινο.

Ό γ κ ο ι

Μελανοβλάστωμα

Ο κακοήθης αυτός όγκος της Ιριδας είναι σπανιότερος από το μελανοβλάστωμα του χοριοειδούς και σχεδόν πάντα ανακαλύπτεται πολύ νωρίτερα, γιατί βρίσκεται σε καλά ορατό μέρος του ματιού. Το μελανοβλάστωμα παρουσιάζεται σαν σκοτεινό ογκίδιο που συχνά αρχίζει από τη γωνία του προσθίου θαλάμου και εντοπίζει την Ιριδα προς την κόρη. Θεραπεία: Όταν ο όγκος είναι ακόμα μικρός μπορεί να γίνει αφαίρεση με ιριδεκτομή. Όταν ο όγκος έχει ήδη εισχωρήσει στη γωνία του προσθίου θαλάμου και στο ακτινωτό σώμα, τότε δεν είναι πλέον δυνατή η διατήρηση του ματιού.

Ν Ο Σ Η Μ Α Τ Α Τ Ο Υ Β Υ Θ Ο Υ

Αυτά τα διαγιγνώσκει ο ιατρός με το οφθαλμοσκόπιο. Συνήθως εμφανίζονται με μείωση της οράσεως ή διαταραχές ως προς την όραση των αντικειμένων (μεταμορφοψία - στις παθήσεις της ωχράς), αίσθημα λάμψεων (φωτοψία - στην αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς). Η φλεγμονή του χοριοειδούς λέγεται χοριοειδίτις, του δε αμφιβληστροειδούς, αμφιβληστροειδίτις. Γενικά νοσήματα όπως η τοξοπλάσμοσις, η σύφιλη, η φυματίωση, ο διαβήτης, προκαλούν παρόμοιες φλεγμονές. Όταν μάλιστα οι φλεγμονές αυτές αφορούν την περιοχή της ωχράς, τότε έχουμε σημαντική πτώση της οπτικής οξύτητας.

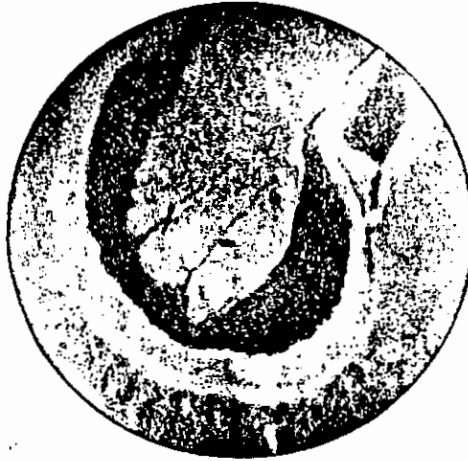
Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι συχνή, και προκαλεί πολλές αλλοιώσεις όπως αιμορραγίες, εξιδρώματα, βλάβες των αγγείων, εκτεταμένες αιμορραγίες, οι οποίες τελικώς επιφέρουν και αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς και την τύφλωση.

Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς λέγεται η υπέγερσις "ξεκόλληλα" της μοίρας του αμφιβληστροειδούς λόγω του ότι κάπου επήλθε ρήξη "ρωγμή" του χιτώνος αυτού.

Κύριο αίτιο ο τραυματισμός, η μυωπία, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.λ.π. Ο ασθενής ξαφνικά καταλαμβάνεται από το αίσθημα επικειμένης τυφλώσεως διότι μπροστά στους οφθαλμούς του υπάρχει ένα σύννεφο το οποίο του παρεμποδίζει την όραση και δεν μπορεί να απομακρυνθεί. Άλλοτε πάλι έχει το αίσθημα σπινθήρων φωτός.

Ο ασθενής ακινητοποιείται στο κρεβάτι του με τα δυο μάτια κλεισμένα.

Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική, όπου με βελόνα διαθερμίας ανοίγεται οπή στον σκληρό, για να παροχετευθεί το υγρό που έχει συλλεγεί και να επανέλθει έτσι ο αμφιβληστροειδής χιτώνας επί του χοριοειδή. Στον ασθενή χορηγούνται κατευναστικά φάρμακα προς καταστολή διεγέρσεως του νευρικού συστήματος.



Είκ. 223. Αποκόλλσεις του αμφιβληστροειδούς μετά πεταλοειδούς ρωγμής. Μεγάλη όπή μετά συρρικνωμένου καλύμματος, όπερ ύπεγείρεται σαφώς από το σκοτεινού πυθμένος τής όπης τοῦ υπό μελάγχρου επίθηλίου κεκαλυμμένου χοριοειδούς. Φωτογρ. (68 ετών ♂)

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή Φ ρ ο ν τ ι δ α

Όταν ο ασθενής επιστρέψει από το χειρουργείο, φροντίζουμε για την ακινητοποίησή του. Πολλές φορές χρησιμοποιούμε προφυλακτικές κλίνης.

Η περιποίηση των δοντιών και της κεφαλής αποφεύγονται μέχρις εντολής του γιατρού. Ανακουφιστικά μέτρα και μέσα χρησιμοποιούνται από την αδελφή, καθώς εντριβές, τοποθέτηση προσκεφαλιού κάτω από τα γόνατα κ.λ.π. Παρακαλείται ο ασθενής να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, πτερνισμούς καθώς και τον βήχα ακόμη. Όλα αυτά συμβάλλουν σε νέα αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Κατά την 7η - 8η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής χρησιμοποιεί μεταλλικά διόπτρα που έχουν οπή στο κέντρο, για να χρησιμοποιούν μόνο την κεντρική όραση και όχι την περιφερική. Έτσι περιορίζονται οι κινήσεις της κεφαλής.

Οι νέες χειρουργικές μέθοδοι και τα αρτιώτερα μηχανήματα έχουν μειώσει πολύ τον περιορισμό των ασθενών. Η παραμονή του στο Νοσοκομείο είναι μόνο δύο εβδομάδες.

Η νοσηλευτική φροντίδα της αδελφής πρέπει να κατευθύνεται και προς τις ψυχικές ανάγκες του ασθενούς. Συνήθως οι άρρωστοι έχουν τάσεις για μελαγχολία και αρνητισμό, γιατί γνωρίζουν ότι η σταθεροποίηση της οράσεώς τους είναι τελείως αβέβαιη.

Γ Λ Α Υ Κ Ω Μ Α

Γλαύκωμα καλείται το σύνολο των συμπτωμάτων τα οποία προέρχονται από την αύξηση της ενδοφθαλμίου πίεσεως.

Η ενδοφθάλμια πίεση στους υγιείς φθάνει κατά μέσον όρο στα 15 - 16 mmHg, το ανώτερο στα 21 mm Hg. Όσο πιο πάνω από τα 20 mm Hg βρίσκεται η πίεση, και όσο πιο πολύ διατηρείται σ αυτό το ύψος, τόσο γρηγορότερα επέρχεται η βλάβη.

Οι ημερήσιες διακυμάνσεις: Ενώ η ενδοφθάλμια πίεση στους υγιείς διακυμαίνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας κατά 3 - 4 mm Hg στο γλαύκωμα παρατηρούνται ακόμη μεγαλύτερες διακυμάνσεις. Τις περισσότερες φορές η ενδοφθάλμια πίεση είναι πιο υψηλή το πρωί. Γι αυτό σε υποψία απλού γλαυκώματος πρέπει να μετρά κανείς την πίεση κυρίως το πρωί.

Για τη διάγνωση του γλαυκώματος και ιδίως της πλέον συνηθισμένης μορφής αυτού, του καλουμένου χρονίου, απλού απαιτούνται 1ον) τονομέτρηση ασθενών και υπόπτων για τη πάθηση ατόμων (προς μέτρηση της ενδοφθαλμίου πίεσεως)
2ον) Εξέταση του βυθού του οφθαλμού και κυρίως της περιοχής της οπτικής θηλής δια του οφθαλμοσκοπίου και
3ον) λήψη του οπτικού πεδίου δια των περιμέτρων.

Αίτια της αύξησης της πίεσης: Σχεδόν πάντοτε παρεμποδίζεται η αποχέτευση του υδατοειδούς υγρού χωρίς να υπάρχει αυξημένη παραγωγή του. Η δυσκολία αποχέτευσης μπορεί να δημιουργηθεί κατά εντελώς διαφορετικούς τρόπους. Σε απλό γλαύκωμα το εμπόδιο αποχέτευσης βρίσκεται πιθανώς στον ηθμό της γωνίας του προσθίου θαλάμου, η δε αντίσταση αποχέτευσης αυξάνεται βαθμιαία με το πέρασμα των χρόνων.

Αντίθετα, σε γλαύκωμα κλειστής γωνίας επέρχεται αιφνίδια αποκλεισμός της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου από την ίριδα μέσα σε λίγες ώρες. Αυτή η οξεία προσβολή γλαυκώματος συναντάται μόνο σε στενή γωνία του πρόσθιου θαλάμου, που μπορεί να διαπιστωθεί γωνιοσκοπικά. Τις περισσότερες φορές όμως, ο πρόσθιος θάλαμος είναι αβαθής, πράγμα που φαίνεται και με γυμνό μάτι.

Δ ε υ τ ε ρ ο π α θ έ ς γ λ α ύ κ ω μ α :

Δευτεροπαθείς ονομάζει κανείς τους τύπους του γλαυκώματος που προξενήθηκαν από άλλες παθήσεις του ματιού. Συχνά συνυπάρχει μια (πρωτοπαθής) προδιάθεση για γλαύκωμα, για αυτό πρέπει να εξετάζεται και το άλλο μάτι προσεκτικά.

Ο μηχανισμός αύξησης της πίεσης διαφέρει: μετά από τραυματισμούς μπορεί να παραμείνουν ουλές στον σκληροκερατοειδικό ηθμό ή στις κατευθείαν οδούς αποχέτευσης (θάλαση, διάτρηση, χημικά εγκαύματα).

Φλεγμονές (ιριδοκυκλιτιδα) Ερύθρωση της ίριδας (διαβήτης, θρόμβωση της κεντρικής φλέβας) αιμορραγικό γλαύκωμα. Επίσης, τοπική ή γενική θεραπεία με κορτιζόνη μπορεί να προκαλέσει γλαύκωμα του τύπου του απλού γλαυκώματος. Μπορεί να δημιουργηθεί επίσης σαν μετεγχειρητική επιπλοκή εγχείρησης καταρράκτου, όταν ο πρόσθιος θάλαμος εξαφανίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και η περιφέρεια της ίριδας εφάπτεται με τον σκληροκερατοειδικό ηθμό.

Η θεραπεία του δευτεροπαθούς γλαυκώματος συνίσταται στην αντιμετώπιση της αιτίας, εάν αυτό είναι δυνατό. Κατά τα υπόλοιπα η θεραπεία είναι όμοια με αυτή του πρωτοπαθούς γλαυκώματος.

Π ρ ω τ ο π α θ έ ς γ λ α ύ κ ω μ α

Απλό γλαύκωμα.

Στο απλό γλαύκωμα τα υποκειμενικά συμπτώματα (όπως πονοκέφαλοι και πόνοι ματιών) πολύ συχνά λείπουν ή είναι ακαθόριστα. Μερικές φορές ο ασθενής παρατηρεί μια περιφερική έκπτωση του οπτικού πεδίου, ιδιαίτερα όταν οδηγεί αυτοκίνητο. Πολύ συχνά και για πολύ καιρό δεν αντιλαμβάνεται σχεδόν τίποτε για την ασθένειά του. Μόνο σε τυχαίο κλείσιμο ενός ματιού αισθάνεται ότι με το άλλο μάτι δεν βλέπει καλά. Τότε όμως η πάθηση βρίσκεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο. Αυτός είναι ο λόγος που κάνει το απλό γλαύκωμα τόσο επικίνδυνο. Στην ηλικία των 20 - 30 χρόνων είναι σπάνιο, και μετά τα 40 γίνεται όλο και συχνότερο.

Η διάγνωση του γλαυκώματος βασίζεται κυρίως σε τρία χαρακτηριστικά :

1. Την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
2. Την κολύση (αργότερα και ατροφία της οπτικής θηλής)
3. Διαταραχές των οπτικών πεδίων

Θεραπεία : Εάν αποφασίσει κανείς να αρχίσει θεραπεία, τότε θα πρέπει η ενδοφθάλμια πίεση να είναι πεσμένη κατά τις 24 ώρες του 24ώρου κάτω από τα 20 mm Hg, γιατί διαφορετικά το οπτικό πεδίο θα εξακολουθήσει να καταστρέφεται. Για την θεραπεία χρησιμοποιούμε μυωτικά.

Τα μυωτικά ελαττώνουν την ενδοφθάλμια πίεση με τη βελτίωση της αποχέτευσης του υδατοειδούς υγρού.

Μυωτικά φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούμε σήμερα είναι η πιλοκαρπίνη, καρβαχόλη ή *Aceclidinum = Glaucostat* που προκαλούν μύση με άμεσο ερεθισμό των παρασυμπαθητικών υποδοχέων

του σφιγκτήρα. Άλλα φάρμακα προκαλούν μύση με ανατάξιμη αναστολή της χοληνεσταράσης (εσερίνη, νεοστιγμίνη =προ-στιγμίνη), έτσι ώστε να συσσωρευθεί αμετυλοχολίνη και να προκληθεί έμμεσα μύση.

Συμπαθητικομιμητικά (παρασκευάσματα αδρεναλίνης 1% ενσταλλάζονται 1 - 2 φορές την ημέρα, κατά κανόνα μαζί με τα μυωτικά. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την παραγωγή του υδατοειδούς υγρού και επιπλέον βελτιώνουν την απο-χέτευση.

Συμπαθητικολυτικά Αναστολείς των υποδοχέων, μειώ-νουν την ενδοφθάλμιο πίεση σε πρώτη χορήγηση γύρω στα 40 - 60% και σε θεραπεία διαρκείας περίπου στα 20 - 30 % προκαλώντας μείωση της παραγωγής του υδατοειδούς υγρού. Το μεγάλο του προτέρημα είναι η έλλληψη παρενεργειών. Η κόρη δε μικραίνει και η προσαρμογή παραμένει φυσιολογι-κή. Γι αυτό τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα κατάλληλα για γλαυκωματικούς ασθενείς κάτω των 55 χρόνων, που ενο-χλούνται έντονα εξαιτίας της μεταβαλλόμενης προσαρμοστι-κής μυωπίας. Τέτοια κολλύρια είναι η Βουπρανόλη (*ορητο-τενίνη* 0,1%) ή η τιμολόλη 0,25% (*Τίμορτολ*), που όμως δεν χορηγείται σε ασθματικούς ασθενείς, δυο φορές την ημέρα. Με αυτή τη δοσολογία δεν επηρεάζεται η αρτηριακή πίεση.

Ένας άλλος τρόπος θεραπείας του γλαυκώματος είναι και η χειρουργική επέμβαση. Εγχείρηση κατά κανόνα ενδει-κνυται εάν η ενδοφθάλμια πίεση δεν μπορεί να κατέβει στα φυσιολογικά όρια με τα φάρμακα. Η εγχείρηση δεν προ-σφέρει κατ αρχάς τίποτε περισσότερο από ότι η φαρμακευ-τική θεραπεία. Προκαλεί δηλαδή μια ρύθμιση της πιέσεως με την οποία επιτύχχάνεται διατήρηση της λειτουργίας που

που ακόμα υπάρχει (οπτική οξύτητα, οπτικό πεδίο) αλλά κατά κανόνα χωρίς καμιά βελτίωση του χαμένου οπτικού πεδίου. Η εγχείρηση είναι τόσο πιο απαραίτητα και επείγουσα, όσο πιο ψηλότερη είναι η πίεση και όσο πιο προχωρημένες είναι οι βλάβες του οπτικού πεδίου.

Γ λ α υ κ ω μ α κ λ ε ι σ τ ή ς γ ω ν ί α ς

Αίτια: Ο οξύς αποκλεισμός της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου από την ίριδα δημιουργείται μόνο σε μάτια με στενή εκ κατασκευής γωνία του πρόσθιου θαλάμου και ιδιαίτερα σε ανατομικά βραχύ μάτι (υπερμετροπία) και μεγάλο σχετικά φακό. Η εκφυλιστική αιτία παραμένει ασαφής γύρω στα 75% των κρίσεων γλαυκώματος κλειστής γωνίας, ενώ στα υπόλοιπα συμβαίνει εξ ίσου συχνά σε μυδρίαση (επίσης και μετά από χορήγηση ατροπίνης από το στόμα) όπως και σε μύση, και σπανιότερα σε έντονο τρόμαγμα ή σε αγχώδεις καταστάσεις.

Αντικειμενικά ευρήματα : Η ενδοφθάλμια πίεση με την απόφραξη της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου ανέρχεται στα 60 mmHg. Από αυτό προκύπτουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά. Ο επιπεφυκότας γίνεται υπεραιμικός, τα επισκληρίδια αγγεία είναι διεσταλμένα, ο κερατοειδής είναι ελαφρά θολωμένος. Ο πρόσθιος θάλαμος γίνεται αβαθής ή σχεδόν εξαφανίζεται, η ίριδα διαγράφεται θαμπά και είναι υπεραιμική, η κόρη παραμορφώνεται ακανόνιστα. Το σημαντικότερο γνώρισμα είναι η ψηλαφητή σκληρότητα του βολβού.

Στο οξύ γλαύκωμα αισθανόμαστε το μάτι σκληρό σαν πέτρα.

Υποκειμενικά συμπτώματα : Τις πιο πολλές φορές η οξεία προσβολή γλαυκώματος είναι ένα δραματικό γεγονός. Ο ασθενής αισθάνεται σφοδρούς πόνους βαθιά στο μάτι ή γύρω

απ αυτό, παρατηρεί συχνά ελάττωση της όρασης, σαν μέσα σε ομίχλη ή νύχτα και χρωματιστούς κύκλους γύρω από τις φωτεινές πηγές, λόγω του οιδήματος στον κερατοειδή. Οι πόνοι μπορεί να αντανακλαστούν σε ολόκληρο το κεφάλι, στα δόντια ή στον κορμό και να προκαλέσουν εμετό.

Το οξύ γλαύκωμα συμβαίνει σχεδόν δυο φορές πιο συχνά στις γυναίκες απ ότι στους άνδρες. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 30 - 55 χρόνων.

Φαρμακευτική θεραπεία της προσβολής του οξέως γλαυκώματος ακολουθεί ταυτόχρονα τέσσερις διαφορετικούς δρόμους:

1. Με τα μυωτικά προσπαθούμε να στενέψουμε την κόρη. Για το σκοπό αυτό ενσταλλάζουμε κάθε 10 λεπτά για μια ώρα διάλυμα πιλοκαρπίνης 0,5% στην αρχή και 1% μετά, στο σάκο του επιπεφυκότα.

2. Μειώνουμε την παραγωγή του υδατοειδούς υγρού με αναστολείς της καρβοανυδράσης, όπως π.χ. ακεταζολαμίδη. Η ακεταζολαμίδη επενεργεί σε οξύ γλαύκωμα όχι με τη διευκόλυνση της αποχέτευσης, αλλά με την αναστολή της παραγωγής του υδατοειδούς υγρού (*Diamox*).

3. Προκαλούμε μια παροδική διαφορά ωσμωτικής πιέσεως μεταξύ του αίματος και του ματιού για να αφαιρεθεί νερό από το μάτι.

4. Ηρεμιστικά, όπως μεπροβαμάτη.

Παιδικό γλαύκωμα

Ένας τύπος γλαυκώματος του οποίου η παραγνώριση έχει πολύ σοβαρές συνέπειες, είναι το γλαύκωμα των μικρών παιδιών. Το γλαύκωμα αυτό μπορεί να δημιουργηθεί δευτεροπαθώς σαν συνέπεια μιας προγεννητικής ενδοφθάλμιας φλεγμονής. Πολύ συχνά όμως πρόκειται για μια διαμαρτία της γωνίας

του προσθίου θαλάμου, που στην εμβρυϊκή ζωή είναι γεμάτος από μεσεγχυματικό ιστό. Ο ιστός αυτός πριν από τον τοκετό διαφοροποιείται σε ίριδα και σε σκληροκερατοειδικό ηθμό. Εάν η ανάπτυξη δεν εξελίχθηκε κανονικά, τότε η ίριδα καταφύεται στην περιοχή της γραμμής του *Schwabbe* και ο υπολειπόμενος εμβρυϊκός ιστός αποφράσει την αποχέτευση στη γωνία του πρόσθιου θαλάμου.

Συμπτώματα: Τα παιδιά παρουσιάζουν φωτοφοβία και τα μάτια τους δακρύζουν χωρίς να μπορεί να διαγνωσθεί μόλυνση. Εάν υπάρχουν τέτοια συμπτώματα θα πρέπει πάντα να μετράμε την πίεση με νάρκωση. Καθώς η αρρώστια εξελίσσεται, επέρχεται με την άνοδο της πίεσης μια παροδική θόλωση του κερατοειδή (οίδημα του κερατοειδή) και τελικά μια μεγέθυνση του ματιού. Το σύμπτωμα αυτό χαρακτηρίζει ήδη ένα όψιμο στάδιο.

Θεραπεία: Η φαρμακευτική θεραπεία στο παιδικό γλαύκωμα δεν έχει ελπίδες επιτυχίας και δεν θα έπρεπε σε καμιά περίπτωση να συζητείται.

Η εγχείρηση έχει πιθανότητα επιτυχίας μόνο εφ' όσον ο σωλήνας του *Schlemm* δεν έχει ακόμα εξαφανισθεί από την διάταση των προσθίων μορίων του ματιού.

Το παιδί μπορούμε να το χειρουργήσουμε ήδη από την πρώτη μέρα της ζωής του, αφού έχει διαγνωσθεί η πάθηση. Κάθε αναβολή βλάπτει ανεπανόρθωτα την όραση του παιδιού.

Νοσηλευτική φροντίδα: Ο ρόλος της αδελφής δεν είναι μόνο η νοσηλεία ενός απόμου που πάσχει από γλαύκωμα αλλά και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Σαν συνέπεια της ύπουλης προσβολής και του ότι ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται το απλό γλαύκωμα είναι το συχνότερο

αίτιο τύφλωσης στις αναπτυγμένες χώρες, όπου είναι σπάνιες οι σοβαρές μολυσματικές παθήσεις των ματιών. 15-20% των τυφλών έχουν χάσει το φως τους από γλαύκωμα. Η ασθένεια λοιπόν έχει μεγάλη κοινωνική σημασία.

Σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πρόγραμμα επιβάλλεται η αδελφή νοσοκόμος να διδαχθεί την τονομέτρηση και να συμβάλλει στην πρόωμο διάγνωση και αποκάλυψη αγνοουμένων γλαυκωμάτων σε εξετάσεις μεγάλου αριθμού ατόμων (εξέταση κατά περιοχές ατόμων άνω των 45 ετών ή και νέων ατόμων με βεβαρυμένο ιστορικό γλαυκώματος).

Η αδελφή πρέπει να τηρεί τους κανόνες ασηψίας κατά τη χρήση των κολλυρίων. Επίσης πρέπει να διδάξει τους οικείους του ασθενή για τη χρήση κολλυρίων ή ακόμα τον ίδιο τον ασθενή.

Ο γλαυκωματικός πρέπει να μάθει να στάζει τις σταγόνες μόνος του. Αυτό επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν είναι ξαπλωμένος, οπότε με το ένα -έρι τραβά το κάτω βλέφαρο και με το άλλο κρατά τις σταγόνες κοντά πάνω από το μάτι, χωρίς να το ακουμπάει. Γι αυτό στηρίζει το χέρι στο μέτωπο.

Όταν ο ασθενής πρόκειται να χειρουργηθεί η αδελφή πρέπει να γνωρίζει την προετοιμασία προ και μετά της εγχειρήσεως.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνίσταται στις ενσταλλάξεις μυωτικών κολλυρίων (πιλοκαρπίνης, εξερίνης) καθώς και στις πλύσεις αμφοτέρων των οφθαλμών. Επίσης παρακολούθηση των οφθαλμών μετά την ενστάλλαξη κολλυρίων.

Μέσα στα καθήκοντα της αδελφής είναι και η ψυχολογι-

κή τόνωση του ασθενή. Η συναισθηματική διεγέρση και ανησυχία του οφθαλμολογικού ασθενούς απαιτεί τόση προσοχή όση και οι φυσικές ανάγκες του. Η επερχόμενη ρήξη μεταξύ παρόντος και μέλλοντος κυοφορούν το φόβο, την ανησυχία, την αβεβαιότητα και τη μελαγχολία.

Η αδελφή είναι ο κατάλληλος άνθρωπος που θα του δώσει κουράγιο και θα τον ενισχύσει ψυχικά έτσι ώστε να αντιμετωπίσει με θάρρος τη χειρουργική επέμβαση και την οποιαδήποτε εξέλιξη της παθήσεώς του.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής μένει κλινήρης επί 24ωρον προς αποφυγήν εισδύσεως της ίριδας δια μέσου της τομής προς τα έξω. Χορηγούνται υγρά άφθονα εφ' όσον ο ασθενής δεν έχει εμέτους. Αναλγητικά κατευναστικά ή και ναρκωτικές ενέσεις χορηγούνται μόνο κατόπιν ιατρικής εντολής. Ο ασθενής συνήθως εξέρχεται από το νοσοκομείο την 6η-8η μετεγχειρητική ημέρα.

Η αδελφή συνιστά στον ασθενή τα εξής:

1. Να αποφεύγει τις συγκινήσεις, εκνευρισμούς, φόβους, αγωνίες καθώς και οποιαδήποτε αιτία διεγέρσεως του νευρικού συστήματος.
2. Να αποφεύγει τη χρήση σφικτού περιλαιμίου, ζώνης, λαστέξ κ.λ.π.
3. Να χρησιμοποιεί απλές ενεργητικές κινήσεις άκρων και κορμού προς διατήρηση καλής κυκλοφορίας.
4. Να αποφεύγει κρυολογήματα και να κάνει επιμελημένη περιποίηση στόματος.
5. Να παρακολουθείται συχνά από το γιατρό για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να θεραπευθεί τελείως.

ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΜΥΩΝ

ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ

Με την ευρεία έννοια σαν στραβισμό χαρακτηρίζουμε την παρέκλιση των αξόνων των ματιών, οι οποίοι δεν τέμνονται στο σημείο προσήλωσης, αλλά σχηματίζουν ο ένας με τον άλλο μια γωνία στραβισμού. Με την στενή έννοια, σαν στραβισμό χαρακτηρίζουμε το συνεκτικό στραβισμό, όπου η γωνία στραβισμού σε όλες τις κατευθύνσεις του βλέματος παραμένει η ίδια. Ο συνεκτικός στραβισμός αρχίζει σχεδόν πάντοτε στην παιδική ηλικία. Εάν το αίτιο είναι η παράλυση ενός ή περισσότερων οφθαλμικών μυών, τότε μιλάμε καλύτερα για οφθαλμομυϊκή παράλυση (παραλυτικός στραβισμός). Εδώ η γωνία στραβισμού αλλάζει τις διάφορες κατευθύνσεις του βλέματος και είναι εντονότερη στην περιοχή δράσης του παραλυτικού μυός. Ο παραλυτικός στραβισμός εμφανίζεται συχνότερα στους ενήλικες παρά στην παιδική ηλικία, αλλά δεν συνδέεται με μια συγκεκριμένη ηλικία.

Κλινική εικόνα

1. Οι πλήρεις παράλύσεις είναι σπανιότερες από τις παρεσείς. Και οι δυο εμφανίζονται αιφνίδια. Εάν οι οφθαλμικοί άξονες δεν τέμνονται στο σημείο προσήλωσης, δημιουργείται διπλή εικόνα. Η διπλωπία είναι πολύ ενοχλητική, γιατί ο ασθενής δεν γνωρίζει ποια από τις δυο εικόνες είναι η σωστή. Όταν το κεφάλι κινείται ή όταν περπατά κανείς, νοιώθει λιγγο μέχρι ναυτίας.
2. Η διπλωπία παρουσιάζεται κυρίως στην περιοχή δράσης του παράλυτου μυός. Η γωνία στραβισμού είναι μεγαλύτερη σε βλέμμα προς την κατεύθυνση της κύριας δράσης του παράλυτου μυός.

3. Σε παράλυση του απαγωγού νεύρου δεξιά, το δεξί μάτι δεν μπορεί να κάνει απαγωγή, ενώ η κινητικότητα στις άλλες βλεμματικές κατευθύνσεις είναι σχεδόν φυσιολογική.
4. Ο ασθενής προσπαθεί να αντισταθμίσει την πάρεση ενός μυός με τη θέση του κεφαλιού του. Σε παράλυση του απαγωγού νεύρου προς τα δεξιά, στρέφει το κεφάλι του προς την κατεύθυνση προς την οποία ο μυς θα έστρεφε το μάτι, δηλαδή προς τα δεξιά. Εάν σ αυτή τη θέση του κεφαλιού βλέπει κατ ευθείαν εμπρός, γυρίζει και τα δυό του μάτια προς τα αριστερά και χρησιμοποιεί επομένως και το αριστερό μισό του πεδίου όρασης, όπου δεν υπάρχει ούτε διπλωπία ούτε περιορισμός του βλεμματικού πεδίου.

Αιτιολογία

Τα αίτια του παραλυτικού στραβισμού μπορεί να είναι κεντρικές ή περιφερικές βλάβες των νεύρων.

Όλες οι παθήσεις του εγκεφάλου μπορούν να προσβάλλουν τα νεύρα των οφθαλμικών μυών: κατά πλάκας σκλήρυνση, φλεγμονές (εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα), αιμορραγίες (μετά από τραύμα, σε διαβήτη ή αρτηριακή υπέρταση), ανευρύσματα, νευροπλασίες, σύφιλη, πολιομυέλιτιδα. Συγγενείς παρέσεις συμβαίνουν σε απλασία των πυρήνων των οφθαλμικών μυών ή μετά από τραύμα κατά τον τοκετό.

Θεραπεία:

Δεν τίθεται θέμα για εγχείρηση πριν περάσει ένας χρόνος, γιατί μέσα σ αυτό το διάστημα η πάρεση μπορεί να αποκατασταθεί από μόνη της.

Εάν η διπλωπία ενοχλεί, καλύπτεται το ένα μάτι με θαμπό γυαλί.

Υπερπυρηνικές διαταραχές (παραλύσεις του βλέμματος)

Δεν έχει προσβληθεί ένας συγκεκριμένος μυς ή μια ομάδα μυών, αλλά η συζευγμένη κινητικότητα των δυο ματιών, όπως π.χ. η προς τα πλάγια στροφή του βλέμματος, η άνω στροφή του βλέμματος ή η σύγκλιση. Το είδος της παράλυσης του βλέμματος δίνει σημαντικές πληροφορίες για τη θέση της βλάβης.

Νυσταγμός (τρεμόπαιγμα των ματιών)

Νυσταγμό ονομάζουμε τις μη θελημένες ρυθμικές κινήσεις των ματιών, που γίνονται κατά ώσεις ή φάσεις (διφασικός νυσταγμός) ή εκκρεμοειδώς (εκκρεμοειδής νυσταγμός). Και οι δυο τύποι νυσταγμού μπορεί να έχουν και ένα περιστροφικό στοιχείο.

Σαν επαγγελματική νόσο συναντάμε το νυσταγμό των ανθρακωρύχων, που τους συμβαίνει μετά από πολύχρονη εργασία μακριά από το φως της ημέρας.

Νυσταγμός παρουσιάζεται σε παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, σε όγκους της παρεγκεφαλίδας, σε εγκεφαλίτιδα ή σε σκλήρυνση κατά πλάκας. Σε μερικές περιπτώσεις, όπου ο νυσταγμός ελαττώνεται σε ορισμένες διευθύνσεις του βλέμματος, ο ασθενής προκειμένου να βλέπει καλύτερα παίρνει συνεχώς μια στάση, με αποτέλεσμα να προκαλείται μια αντισταθμιστική στροφή του κεφαλιού. Εδώ μπορεί να βοηθήσει μια εγχείρηση οφθαλμικών μυών.

Σ Τ Ρ Α Β Ι Σ Μ Ο Σ

(Σ υ ν ε κ τ ι κ ό ς σ τ ρ α β ι σ μ ό ς)

Σ τ ρ α β ι σ μ ό ς - α μ β λ υ ω π ί α

Ο στραβισμός στο 80% των ασθενών δημιουργείται στα δυο πρώτα χρόνια της ζωής. Σ αυτή την ηλικία η οπτική οξύτητα δεν είναι ακόμα πλήρης και η διόφθαλμη όραση είναι ασυμπτωματική. Η ωχρά κηλίδα αναπτύσσεται ανατομικά μόλις στον έκτο μήνα ζωής. Στους ενήλικες η ωχρά κηλίδα έχει την αντίληψη της διεύθυνσης κατ ευθείαν εμπρός. Η ωχρά κηλίδα κατευθύνεται στο σημείο όπου έχουμε στρέψει την προσοχή μας. Αυτός ο προσανατολισμός της ωχράς κηλίδας αναπτύσσεται στον πρώτο χρόνο της ζωής και σ αυτήν την περίοδο μπορεί να διαταραχθεί.

Η αμβλυωπία δημιουργείται μόνο σε μονόπλευρο ή ετερόπλευρο συνεκτικό στραβισμό. Σε επαλλάσσοντα στραβισμό δεν δημιουργείται αμβλυωπία, γιατί τα μάτια προσηλώνουν εναλλάξ για διάστημα λίγων λεπτών και έτσι εξασκούνται στην όραση. Η προσωρινή μόνο απόθεση του εκάστοτε στραβίζοντος ματιού, δεν επιφέρει καμιά αμβλυωπία. Η αμβλυωπία είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει συνήθως μόνο στο ένα μάτι.



Εικ. 291. Μονόπλευρος συγκλίνων στραβισμός δεξιά.

Δεξιόπλευρος άμβλυωπία εκ στραβισμού επί εκκέντρου προσηλώσεως. Όρασις : 0,1. Έναρξις στραβισμού : κατά τó 3ον έτος (κατόπιν κοκκύτου). Προεγχειρητικώς : γωνία στραβισμού + 26°. (4½ έτων ♀).

Εικ. 292. Μετεγχειρητικώς : κανονική θέσις (έξασθένησις τού έσω όρθου δι' έπιμηκύνσεως τού τένοντος κατά Gonin). Δι' έπακολουθησάσης πλεοπτικής και όρθοπτικής θεραπείας δι' άσκήσεων : άνοδος όράσεως δεξιά εις 0,6. Κεντρική προσήλωσις. Φυσιολογική αντίστοιχία. Κοσμητική και λειτουργική ίασις.

Αίτια στραβισμού

1. Η υπερμετρωπία είναι ένα ιδιαίτερα συχνό αίτιο συγκλίνοντος στραβισμού.
2. Συχνά παρουσιάζεται ανεπάρκεια της ικανότητας ταύτισης των εικόνων, που μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη.
3. Ανισομετρία μεγαλύτερου βαθμού μπορεί να κάνει αδύνατη την ικανότητα ταύτισης των εικόνων εξαιτίας του ανόμοιου

μεγέθους του ειδώλου στους δυο αμφιβληστροειδείς (ανισοεικονία).

4. Ανωμαλίες των μυών μπορούν μηχανικών τοπικά να συντελέσουν στο στραβισμό.
5. Η προδιάθεση για στραβισμό μπορεί να είναι κληρονομική.

Ψευδοστραβισμός

Παρουσιάζεται όταν ο άξονας όρασης αποκλίνει από την κάθετο στο μέσο του κερατοειδή. Ψευδοστραβισμός μπορεί επίσης να δημιουργηθεί από επίκανθο.

Θεραπεία σε ψευδοστραβισμό: καμιά (πράγμα που συχνά δύσκολα μπορούν να καταλάβουν οι μη συνετοί γονείς), γιατί και η μονόφθαλμη και η διόφθαλμη όραση είναι φυσιολογικές.

Ετεροφορία (λανθάνων στραβισμός)

Στους περισσότερους ανθρώπους σε κατάσταση ανάπαυσης τα μάτια δεν μένουν παράλληλα σε βλέμα μακριά, αλλά αποκλίνουν ή συγκλίνουν ελαφρά.

Σε μια ανεπάρκεια της ικανότητας ταύτισης των εικόνων η ετεροφορία εκδηλώνεται σαν στραβισμός. Μετά από μεγάλη χρήση οινοπνεύματος (μέθη), καθώς και σε γενική εξασθένιση μετά από αρρώστιες ή μετά από εγκεφαλική διάσειση, προκαλείται στραβισμός και διπλωπία.

Ενοχλήσεις εμφανίζονται εάν η ετεροφορία δεν αντισταθμίζεται πλέον από την ικανότητα ταύτισης εικόνων καθώς και σε ανεπάρκεια ή σε αύξηση της ετεροφορίας.

Θεραπεία: Σε πολύ μεγάλη ετεροφορία είναι απαραίτητη η εγχείρηση. Σε έξω - ή σε εσωφορία δεν συνιστώνται κοντά πρίσματα, γιατί αυτά μπορούν να μεγαλώσουν την ετεροφορία. Αντίθετα, σε μικρού βαθμού άνω - ή κατωφορία είναι χρήσιμα τα πρισματικά γυαλιά.

Θεραπεία

Συνταγή γυαλιών. Το πρώτο βήμα στη θεραπεία είναι να ελεγχθεί, εάν ο στραβισμός εξαφανίζεται με την εφαρμογή γυαλιών (προσαρμοστικός στραβισμός) ή πόσες μοίρες μειώνεται η γωνία στραβισμού. Πολύ συχνά τα γυαλιά δεν εξαφανίζουν πλήρως το στραβισμό.

Η αμβλυωπία παραμερίζεται με όσον το δυνατό πρωϊμότερο αποκλεισμό του προσηλώνοντος ματιού και σπανιότερα με ασκήσεις σε όργανο (πλειοπτική), ασκήσεις διόφθαλμης όρασης (ορθοπτική), ή με χειρουργική ευθυγράμμιση και στη συνέχεια ορθοπτική. Δοκιμασία κάλυψης για τη διάγνωση του στραβισμού και δοκιμασία αποκάλυψης για τη διάγνωση της ετεροφορίας.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά τον Στραβισμό

Ο στραβισμός είναι γενικά μια πάθηση η οποία κυρίως εμφανίζεται σε παιδιά. Λόγω του ότι η ψυχосύνθεση των παιδιών είναι διαφορετική από τους μεγάλους απαιτείται και ιδιαίτερη αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα παιδιά πρέπει να εξετάζονται με την ίδια φιλικότητα, συμπάθεια και σεβασμό που δείχνουμε στους ενήλικες και να μην τους μιλάμε ούτε με αστεία "παιδική ομιλία", ούτε σαν αγροίκοι. Πρέπει να προβλέπουμε περισσότερο χρόνο εξέτασης απ' ότι χρειάζεται για ενήλικα. Σε δειλά παιδιά μπορεί να βοηθήσει το να βγάλουμε την άσπρη ποδιά και να δώσουμε στο παιδί την ευκαιρία να παρατηρήσει το χώρο και τους ανθρώπους, ενώ εμείς απασχολούμεθα εξετάζοντας ένα παιχνίδι, ή το ιστορικό, ή ένα άλλο παιδί που δεν είναι δειλό. Απαλές κινήσεις, χαμηλόφωνη και με εγκαρδιότητα ομιλία, διευκολύ -

νουν την εργασία μας. Απότομος τρόπος και δυνατές νουθεσίες τη δυσκολεύουν. Τους γονείς που φοβούνται τα παιδιά τους, ή κατ'επανάληψη παρεμβαίνουν στη συζήτηση, τους παρακαλούμε να μη μιλούν και στην ανάγκη τους βγάζουμε από το εξεταστήριο. Τις περισσότερες φορές είναι καλύτερα αν η μητέρα κρατά το παιδί στα γόνατα. Έπειτα παρατηρούμε από απόσταση 1 μ. και πλησιάζουμε σιγά σιγά για να μη τρομάξουμε το παιδί.

Απαραίτητη είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του στραβισμού όχι μόνο από άποψη παθολογική, αλλά και από άποψη ψυχολογική. Στα παιδιά με στραβισμό δημιουργούνται αισθήματα ανασφάλειας και κατωτερότητας, γιατί εμπαίζονται από τους συμμαθητές τους. Εάν δεν γίνει θεραπεία στο παιδί που πάσχει από στραβισμό, τότε δημιουργούνται προβλήματα ανασφάλειας και στην μετέπειτα ζωή: δεν γνωρίζουμε εάν αυτός που στραβίζει κοιτά το συνομιλητή του ή δίπλα του. Αυτή η αβεβαιότητα αντανακλάται σ' αυτόν που στραβίζει. Ο απλός άνθρωπος πιστεύει ότι κάποιος που μιλάει τίμια μπορεί να τον "κοιτά στα μάτια" και παίρνει το στραβισμό σαν ένδειξη ανειλικρίνειας. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Κατά τη συντηρητική θεραπεία, η αδελφή φροντίζει, όπως ο οφθαλμός να είναι κλεισμένος σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Να παραμένει κλειστός και να χρησιμοποιούνται τα γυαλιά, προς ανακούφιση των ενοχλημάτων της διπλωπίας. Η χρησιμοποίηση οπτομετρικών ασκήσεων ενισχύεται οπότε η αδελφή ή εφαρμόζει αυτές με την υπόδειξη του Ιατρού ή εξηγεί στον ασθενή το σκοπό και τα ευεργετικά αποτελέσματα των ασκήσεων αυτών. Η Αδελφή πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή με

τέτοιο τρόπο, ανάλογα με το μορφωτικό του επίπεδο π.χ. απλά και κατανοητά σε ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Ο κατ'εξοχήν ριζικός τρόπος αντιμετώπισης του στραβισμού είναι ο χειρουργικός. Έτσι ενισχύεται ο εξασθενημένος μυς και εξασθενεί ο ενισχυμένος ώστε ο οφθαλμός να αποκτήσει και πάλι την κανονική του θέση.

Ο ρόλος της αδελφής είναι η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή και η μετεγχειρητική προετοιμασία.

ΕΞΟΡΥΞΗ ΟΦΘΑΛΜΟΥ - ΤΥΦΛΩΣΗ

Συνήθη αίτια εξορύξεως είναι διάφοροι τραυματισμοί, νεοπλασίες, φλεγμονές κ.λπ. Ανεξάρτητα του αιτίου, η αναπηρία είναι μεγάλης σπουδαιότητας διότι το άτομο αντιμετώπιζει προβλήματα κοινωνικά, επαγγελματικά και συναισθηματικά. Εάν η εξόρυξη υπάρχει στον ένα οφθαλμό, τότε η προσοχή συγκεντρώνεται στη διατήρηση της οράσεως του άλλου οφθαλμού. Η δυσμορφία μου μένει, αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση πλαστικού κίνητου οφθαλμού ο οποίος δεν διαφέρει καθόλου από τον υγιή.

Σε περίπτωση μερικής απώλειας της οράσεως η αδελφή σφείλει να κατευθύνει τις ενέργειές της:

1. Να διατηρήσει τον εναπομείναντα βαθμό της οράσεως με εφαρμογή της θεραπείας και να διατηρεί τους κανόνες υγιεινής των οφθαλμών.
2. Να χρησιμοποιούν ειδικά γυαλιά για στοιχεία γραφής κ.λπ.
3. Να τους βρει νέο επαγγελματικό προσανατολισμό και γενικά νέο τρόπο ζωής.
4. Να τους ενισχύει με θάρρος και να τους βοηθά για να αυτοεξυπηρετηθούν.

Σε περίπτωση τυφλώσεως ο ρόλος της αδελφής και όλης της υγειονομικής ομάδος είναι σημαντικός.

Η ψυχολογία των τυφλών από ατύχημα είναι διαφορετική από τους εκ γενετής, ή άλλου αιτίου. Η πίκρα και η μελαγχολία είναι μια φυσιολογική αντίδραση λόγω της αναπηρίας. Με την πάροδο του χρόνου και με τη βοήθεια εφαρμογής ειδικού προγράμματος επαναπροσαρμογής ή και προσαρμογής

του ατόμου στις υπάρχουσες δυνατότητες, γίνεται το άτομο επαρκής στις ανάγκες του και ωφέλιμος στο περιβάλλον του. Η συμβολή της αδελφής και ο ρόλος της στην επαναπροσαρμογή ενός τέτοιου ατόμου, είναι μεγάλη.

Η Αδελφή πρέπει να έχει υπόψη της τα εξής:

1. Η αυτοεξυπηρέτηση στηρίζεται, στην απόκτηση ωρισμένων συνηθειών, καθώς και η θέση διαφόρων αντικειμένων, διαστάσεις αυτών, σύσταση κ.λπ. Γιαυτό η αδελφή δεν πρέπει να τα μετακινεί, γιατί γίνεται σύγκλιση με αποτέλεσμα τον εκνευρισμό, την αγανάκτηση και την ψυχική τλαιπωρία του πάσχοντα.
2. Η απώλεια της οράσεως δεν υποβαθμίζει τις διανοητικές ικανότητες του ατόμου. Έτσι με τη μάθηση της γραφής *Braille* μπορεί όχι μόνο να μάθει γραφή και ανάγνωση αλλά και στις ανώτερες σχολές να φοιτήσει και κάτοχος πτυχίων να γίνει.

Σήμερα υπάρχουν πολλά άτομα στον κόσμο που διδάσκουν από έδρες, που διευθύνουν ορχήστρες και υπηρετούν κέντρα τηλεπικοινωνιών. Δημόσιες και ιδιωτικές βιβλιοθήκες προσφέρουν στους ενδιαφερόμενους πολλά βοηθήματα για σπουδές και για εκμάθηση τέχνης.

3. Η δυνατότητα να αποκτήσει ο τυφλός συνέχεια πιστό συνοδοιπόρο, είναι προσιτή δια μέσου ειδικής εταιρείας. Ο "σκύλος οδηγός" είναι ο γνωστός αληθινά:ειλικρινής παντοεινός φίλος και σύντροφος των τυφλών. Με τη βοήθεια αυτών των ζώων, το άτομο μπορεί να κυκλοφορεί ακίνδυνα και να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του.

Ο Ρ Ο Λ Ο Σ Τ Η Σ Α Δ Ε Λ Φ Η Σ Σ Τ Η Ν Π Ρ Ο Δ Η -
Ψ Η Κ Α Τ Ε Γ Κ Α Τ Ρ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η Τ Ω Ν Ο Φ -
Θ Α Δ Μ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Ω Ν Π Α Θ Η Σ Ε Ω Ν

Ο οφθαλμός είναι μεγάλης σπουδαιότητας όργανο, και γι αυτό η διατήρηση και προστασία της φυσιολογικής λειτουργίας αυτού είναι επιτακτική. Από τη γέννηση του ανθρώπου μέχρι τα βαθιά γεράματα η ακεραιότητα της λειτουργίας αυτού κινδυνεύει, οπότε και ανάλογη φροντίδα ασφάλειας επιβάλλεται.

Η αδελφή, μέλος της υγειονομικής ομάδας, χρησιμοποιείται σαν όργανο διαφωτίσεως του κοινού προς εφαρμογή κανόνων υγιεινής και θεραπείας παθολογικών καταστάσεων του οργάνου αυτού. Πολλά προβλήματα οράσεως εμφανίζονται και κατά την παιδική ηλικία, οπότε η αδελφή καλείται να τονίσει την αξία των κανόνων υγιεινής της οράσεως. Ενοχλήματα όπως: κεφαλαλγία, ζάλη, κόπωση μετά από έντονη χρησιμοποίηση των οφθαλμών, φράσεις όπως "δεν βλέπω καλά", "τα γράμματα πηδούν", "τρέχουν όλα μαζί", ενδεχομένως να εγκυμονούν διαταραχή της οράσεως. Η εμφάνιση ερυθρότητας στον βολβό του οφθαλμού, δακρύρροιας, εκκρίσεων, συγκολλησεως των βλεφάρων, στραβισμού κ.τ.λ. μπορεί να χρησιμοποιηθούν από την αδελφή σαν ενδεικτικά σημεία επωάζοντων οφθαλμολογικών νοσημάτων. Πρέπει να αξιοποιούνται από την αδελφή οι συμπεριφορές όπως: Η εκ της πολύ κοντινής ή μακρινής ανάγνωσης, συνοφρύωσης, συνεχής κίνηση και τρίψιμο των ματιών, η διαφυγή λέξεων κατά την ανάγνωση και η μειωμένη απόδοση στις απαιτήσεις του σχολείου κ.τ.λ. Η επιμονή των άνω ενοχλημάτων και συμπεριφορών δηλώνουν την ανάγκη

οφθαλμολογικής εξέτασης.

Ποιοτικά και ποσοτικά ανεπαρκής διατροφή μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχών της όρασεων π.χ. η ανεπαρκής ποσότητα της βιταμίνης Α και Β δημιουργούν διαταραχές της λειτουργικότητας του αμφιβληστροειδή, κερατοειδή, καθώς και του επιπεφυκότα. Η μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης Α για μεγάλο χρονικό διάστημα οδηγεί σε ανεπανόρθωτες βλάβες στα μάτια.

Παθολογικά ευρήματα από την εξέταση των οφθαλμών είναι πολλές φορές συμπτώματα γενικής νόσου, καθώς και διαταραχές της όρασης φέρουν ρήξη στην ισορροπία του οργανισμού. Μικρά ενοχλήματα από τους οφθαλμούς εάν δεν αξιολογηθούν εγκαίρως είναι δυνατόν να προβληματίσουν την υγεία του ατόμου.

Η αδελφή έχοντας υπ όψη της όλα τα ανωτέρω καθώς και πλήρη συνείδηση της διατηρήσεως και προστασίας του πολύτιμου αυτού οργάνου της "όρασης" θα είναι σε θέση να δώσει θετικές απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με τις παθήσεις των οφθαλμών.

Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι ο ρόλος της αδελφής είναι τεράστιος στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των οφθαλμολογικών παθήσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Οφθαλμολογία : Wolfgang Leydhecker

Εαφρικές Εκδόσεις "Αίτσα"

Φωτοτυπίες : Εισαγωγή εις την Οφθαλμολογία

ΥΠΟ FRITZ HOLLWICH

Επιστημονικές εκδόσεις

"Γρηγ. Κ. Παρισιάνος"

Οφθαλμολογία : Μπεχράκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Οφθαλμολογίας

Πανεπιστημίου Πατρών

Ιατρικές Εκδόσεις "Αίτσα"

Στοιχεία οφθαλ-

μολογίας : Πάλμος Π. και Ωραιόπουλος Δ.

Επιστημον. Εκδόσεις: Γρηγ. Παρισιάνος

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	"	2
ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΒΟΛΒΟΥ	"	4
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	"	5
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	"	6
1. Αναισθητικά		
2. Μυδριατικά		
3. Μυωτικά		
4. Αντιβιοτικά		
5. Αντιφλεγμονώδη		
ΣΥΝΗΘΕΤΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	"	15
1. Σκιασκοπία		
2. Οφθαλμοσκόπηση		
3. Τονομέτρηση		
4. Έλεγχος Αχρωματοψίας		
5. Σχισμοειδής Λυχνία		
6. Αστιγματόμετρο <i>Javal</i>		
ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΤΙΩΝ	"	20
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ	"	21
ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	25
ΓΕΝΙΚΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	"	27
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΒΛΕΦΑΡΩΝ	"	29
1. Κριθαράκι		
2. Χαλάζιο		
3. Βλεφαρίτιδα		
4. Οφθαλμικός ζωστήρας		
5. Απλός έρπης, ερυσίπελας, φυματίωση, δερματομυκη- τιάσεις, πρωτοπαθής εστία σύφιλης.		
6. Εανθέλασμα		
7. Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα		
8. Τραύματα βλεφάρων		

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΚΛΗΡΟΥ ΧΙΤΩΝΑ	σελ. 33
1. Ατροφία του σκληρού χιτώνα	
2. Συγγενώς κυανοί σκληροί χιτώνες	
3. Επισκληρίτιδα και σκληρίτιδα	
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΗ	σελ. 34
1. Διήθηση του κερατοειδή	
2. Ουλές του κερατοειδή	
3. Έλκος κερατοειδή	
4. Επιπολής στικτή κερατίτιδα	
5. Ερπυστικό έλκος	
6. Έρπητας του κερατοειδή	
7. Οφθαλμικός ζωστήρας	
8. Επιδημική κερατοεπιπεφυκίτιδα	
9. Μυκητίαση του κερατοειδή	
10. Κερατίτιδα από λαγόφθαλμο	
11. Νευροπαραλυτική κερατίτιδα	
12. Επιχειλίτις κερατίτιδα	
13. Ροδόχρους ακμή	
14. Παρεγχυματική κερατίτιδα	
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΔΑΚΡΥΪΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ	σελ. 41
1. Οξεία δακρυοκυστίτιδα	
2. Χρόνια δακρυοκυστίτιδα	
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΔΑΚΡΥΪΚΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	σελ. 44
1. Οξεία δακρυαδενίτιδα	
2. Χρόνια δακρυαδενίτιδα	
3. Σύνδρομο στεγνού ματιού (Ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα)	
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑ	σελ. 47
1. Κατώσεις	
2. Φλεγμονές	
3. Απλή επιπεφυκίτιδα	
4. Αλλεργιακή επιπεφυκίτιδα	
5. Οφθαλμία των νεογνών	
6. Επιπεφυκίτιδα από σταφυλόκοκκο	
7. Γωνιώδης επιπεφυκίτιδα Gram αρνητικά βακτηρίδια	
8. Gram θετικά βακτηρίδια	
9. Τράχωμα	
10. Όγκοι (σπίλος, δερμοειδής κύστη, αιμαγγείωμα, θήλωμα, κακοήθες μελάνωμα)	

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΚΟΥ σελ. 57

Καταρράκτης

1. Γεροντικός καταρράκτης
2. Διαβητικός καταρράκτης
3. Καταρράκτης τετανίας ή τετανικός
4. Καταρράκτης από κορτιζόνη
5. Καταρράκτης σε γαλακτοζαιμία
6. Καταρράκτης σε τραυματισμούς
7. Καταρράκτης σε διάτρηση
8. Ακτινικός καταρράκτης
9. Ηλεκτρικός καταρράκτης
10. Καταρράκτης επιπλοκής
11. Καταρράκτης ετεροχρωμικός
12. Ολικός καταρράκτης
13. Ζωνοειδής καταρράκτης
14. Δευτερογενής καταρράκτης

Φαρμακευτική θεραπεία

Νοσηλευτική φροντίδα

ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ σελ. 70

Νοσηλευτική φροντίδα

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΡΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΩΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣΘ . " 72

1. Φυματιώδης ιριδοκυκλίτις
2. Ρευματική ιριδοκυκλίτις
3. Διαβητική ιριδοπάθεια
4. Τραυματισμοί
5. Όγκοι

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΒΥΘΟΥ σελ. 76

Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς

Νοσηλευτική φροντίδα

ΓΛΑΥΚΩΜΑ σελ. 79

1. Δευτεροπαθές γλαύκωμα
2. Πρωτοπαθές γλαύκωμα
3. Γλαύκωμα κλειστής γωνίας
4. Παιδικό γλαύκωμα

ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΜΥΩΝ

ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ σελ. 88

Υπερπυρηνικές διαταραχές

Νυσταγμός

ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ (Σύνεγκτικός Στραβισμός)	σελ. 91
1. Στραβισμός - αμβλυωπία	
2. Ψευδοστραβισμός	
3. Ετεροφορία	
Νοσηλευτική Φροντίδα	
ΕΞΟΥΣΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ - ΤΥΦΛΩΣΗ	σελ. 97
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	σελ. 99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 101
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελ. 102