

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ :

Α.Κ. ΜΑΣΤΟΡΙΔΟΥ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Γ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΪΟΣ 1989

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	11998
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίς
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
- ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εμβρυολογία (αμφ/δῆ)	1
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ανατομία (αμφ/δῆ)	2
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Φυσιολογία (αμφ/δῆ)	4
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Αγγείωση (αμφ/δῆ)	5
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποκόλληση αμφ/δούς (Αιτιολογία)	6
- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	7
- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Αμφ/δῆ)	11
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ (Αμφ/δῆ)	15
- ΠΡΟΓΝΩΣΗ	18
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	19
- ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	30

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στους γονείς μου, για την ηθική και υλική βοήθειά τους στη διάρκεια των σπουδών μου.

Επι πλέον θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον κύριο Γ. Βασιλόπουλος σαν καθηγητή και καθοδηγητή στη προσπάθειά μου.

Χωρίς τις διορθώσεις, παρατηρήσεις και υποδείξεις του, θα μου ήταν αδύνατη η σωστή τελική διαμόρφωση της εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πρώτα κεφάλαια περιγράφω με αρκετή λεπτομέρεια την εμβρυολογία ανατομία, φυσιολογία και αγγείωση του ματιού. Επεκτείνομαι περισσότερο στην αποκόλληση αμφιβληστροειδή, συμπτώματα και θεραπεία και θεραπεία αυτής. Επίσης η Νοσηλευτική φροντίδα είναι αρκετά μπορώ να πώς ολοκληρωμένη γιατί εκτός από την προεγχειρητική και μεταγχειρητική αγωγή αναφέρω και τις φυσικές συναισθηματικές ανάγκες του οφθαλμολογικού άρρωστου μια και όλοι σχεδόν σε κάποια περίοδο της ζωής μας θα χρειαστούμε αυτή την πιθανόν επερχόμενη αναπηρία βέβαια οι περισσότεροι άνθρωποι εξοικειώνονται με τις δυσκολίες που παρουσιάζει η ζωή όταν εξασθενεί η όρασή τους.

Επίσης τονίζω το πόσο σημαντικό είναι η περιποίηση των ματιών αν και έχουν την ικανότητα να αυτοπροστατεύονται αρκετά καλά. Θα πρέπει φυσικά να μη τα κακομεταχειριζόμαστε όπως ακριβώς και το υπόλοιπο σώμα τους.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο φωτοευαίσθητος αμφ/δης που καλύπτει την εσωτερική πίσω επιφάνεια των ματιών μπορεί να αποκολληθεί, όπως η ταπετσαρία από τον τοίχο. Όταν συμβεί αυτό, το αποκολλημένο μέρος του αμφ/δή παύει να λειτουργεί.

Η κατάσταση αυτή δημιουργείται επειδή έχει ανοίξει μια τρύπα ή μια σχισμή στον αμφιβλ., πράγμα που επιτρέπει στο υγρό του ματιού, να περάσει πίσω από τον αμφ/δη, διαχωρίζοντας τον από τους υπόλοιπους χιτώνες του ματιού.

* Η συχνότερη ηλικία για την αποκόλληση αμφ/δη είναι 20 ως 60. Οι άντρες προσβάλλονται 2 φορές συχνότερα απ' όσο οι γυναίκες.

* Τα 2/3 της αποκόλλησης παρουσιάζονται σε μύωπες. Όσο μεγαλύτερη μυωπία τόσο συνηθέστερη η αποκομ/κη αμφ/ση γιατί είναι ασθενότερη και σχίζεται ευκολότερα.

* Μια άμεση αιτία είναι ο τραυματισμός του ματιού που γίνεται είτε με επιφανειακή, είτε με διαπεραστική πληγή.

* Μετά από εγχείρηση καταράκτη 2 στα 100 άτομα παθαίνουν αποκόλληση αμφ/δή.

Η αντιμετώπιση γίνεται με τοποθέτηση στη θέση του, με την προσθήκη μικρών κομματιών σιλικόνης που ράβονται πίσω από το μάτι. Στη συνέχεια με τη μέθοδο κρυοθεραπείας η τρύπα κλείνει και ο αμφιβληστοειδής κολλάει στους υπόλοιπους χιτώνες του ματιού.

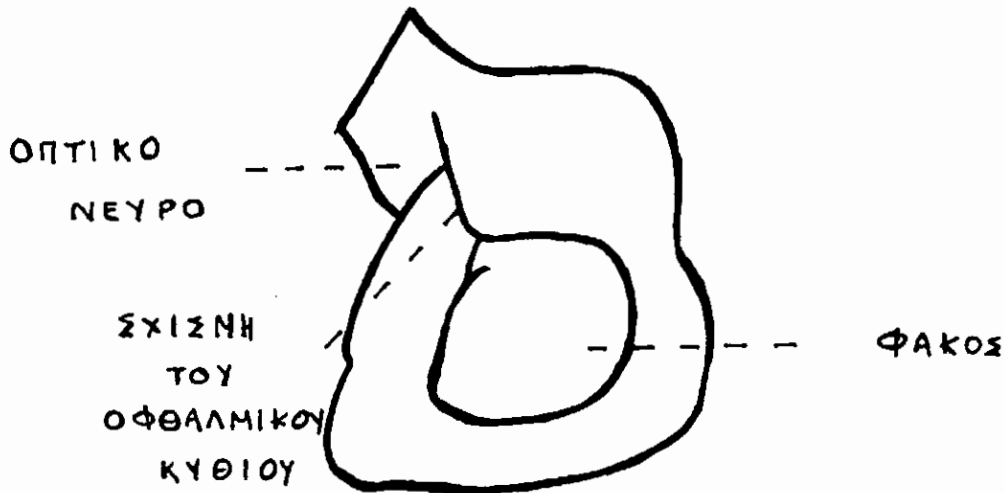
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ι.Ι. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Ο αμφιβληστροειδής αποτελεί ένα προωθημένο τμήμα του εγκεφάλου και περιλαμβάνει τα αισθητηριακά κύτταρα που περιλαμβάνουν το ερεθισμα του φωτός.

Απο το στρώμα των κυττάρων του πρόσθιου μυελικού σωλήνα εκφύονται, σαν ζεύγος οσγάνων, τα πρωτογενή οφθαλμικά κυστίδια.

Το εξωτερικό τοίχωμα σε κάθε οφθαλμικό κυστίδιο ενθυλακώνεται και έτσι δημιουργείται το δευτερογενές οφθαλμικό κυστίδιο.



Το στέλεχος αυτο γίνεται οπτικό νεύρο το εσωτερικό του επιθηλιακό μέρος του αμφιβληστροειδή και το εξωτερικό του μελαγχρωστικό επιθήλιο, που είναι επίσης τροποποιημένο επιθήλιο του μυελικού σωλήνα.

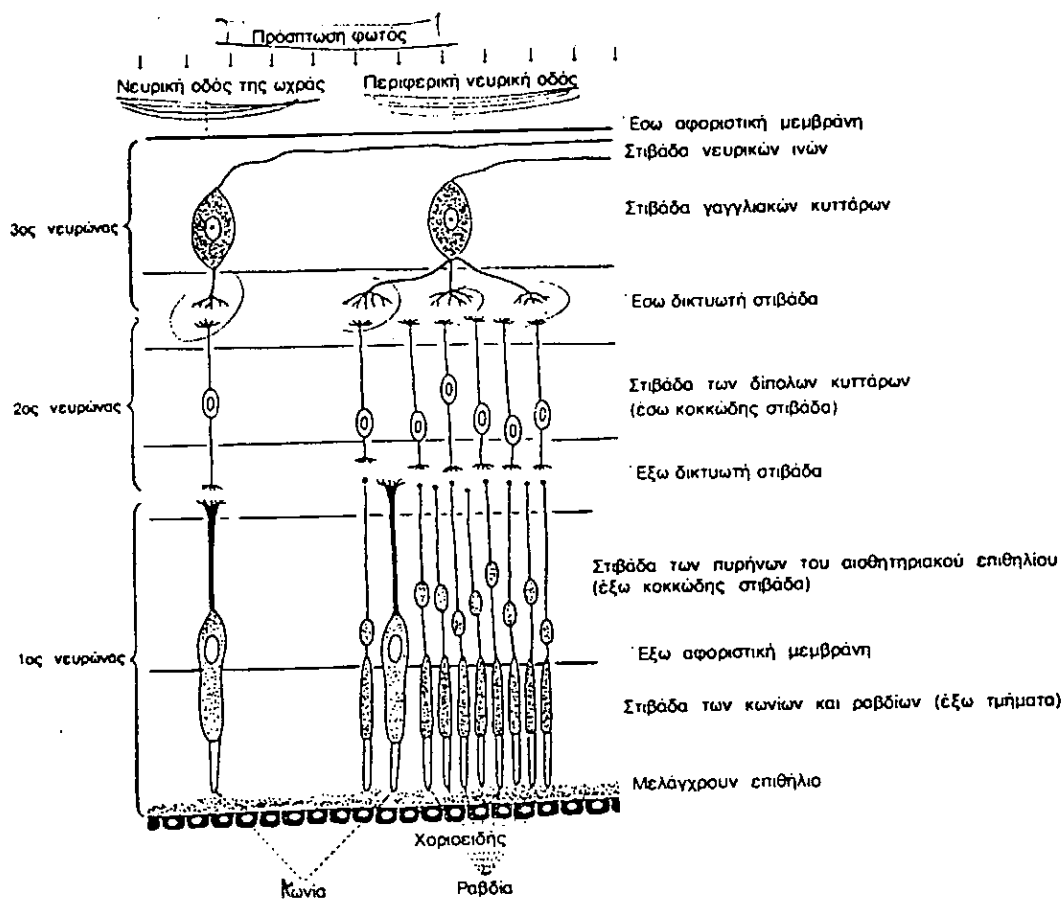
Το πιο μπροστινό τμήμα του οφθαλμικού κυσθίου μετατρέπεται σε οπίσθιο φύλλο της ιριδας, ιριδική μοίρα του αμφιβλ. και σε επιστρωμα του ακτινωτού σώματος, ακτινωτή μοίρα του αμφιβληστρ.

Το χείλος της κόρης παριστάνει επομένως εμβρυολογικά το χείλος του οφθαλμικού κυσθίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

2.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο αμφιβληστροειδής αποτελείται από τρεις νευρώνες.



Το προσπίπτων φως διαπερνά όλες τις στιβάδες του αμφιβληροειδή, έως ότου φθάσει στην εξωτερική του στιβάδα, στο αισθητηριακό επιθήλιο 1ος νευρώνα. Αυτός αποτελείται στην περιφέρεια από τα ραβδία και τα κωνία, ενώ στο κεντρικό βοθριο μόνο από τα κωνία.

Γενικά ο αμφιβλ. περιέχει 7.000.000 κωνία και 120.000.000 ραβδία. Εξωτερικά, προς το χοριοειδή, βοισκερται το μελαγχρωστικό ή μελάγχρων επιθήλιο, το οποίο σταματάει την πορεία του φωτός προς τα πίσω.

Οι πυρήνες των κυττάρων του νευροεπιθηλίου σχηματίζουν την εξωτερική κοκκώδη στιβάδα που ονομάζεται έτσι από τη μικροσκοπική εμφάνιση της σε μικρή μεγέθυνση.

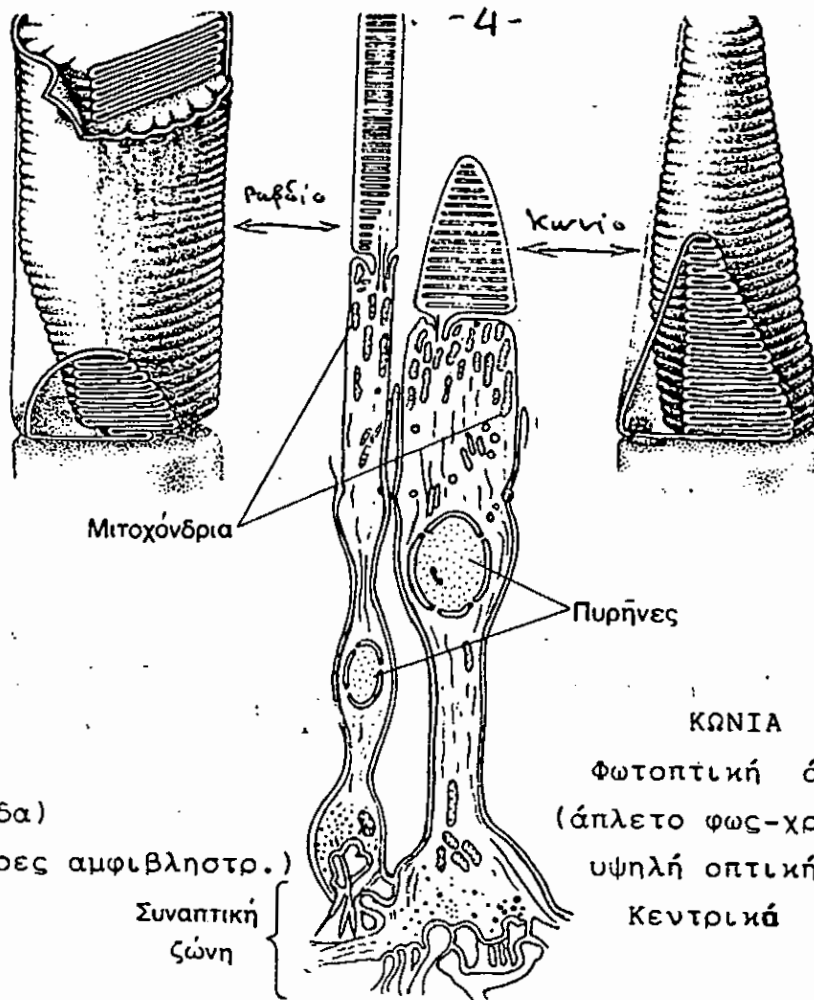
Ο 2ος νευρώνας είναι τα διπολικά κύτταρα, η εσωτερική κοκκώδης στιβάδα και οι αποφύσεις τους, που συνδέονται με τον 3ο νευρώνα, τη στιβάδα των γαγγλιακών κυττάρων.

Αυτή η στιβάδα με τους νευρίτες της βρίσκεται στην εσωτερική πλευρά του αμφιβληστροειδή, προς το υαλοειδές σώμα.

Οι νευρίτες σχηματίζουν στη θηλή του οπτικού νεύρου, και φθάνουν μέχρι τα πρωταρχικά γάγγλια του οπτικού νεύρου, τα έξω γονατώδη σώματα.

Ο 2ος και 3ος νευρώνας ονομάζονται και εγκεφαλική στιβάδα του αμφιβληστροειδή.

Τα νευρογλοιακά κύτταρα (ερειστικά κύτταρα του MULLER) χρησιμεύουν για στήριξη και συνοχή.



Στην ωχρά κηλίδα είναι αναγκαίο να υπάρχει ένα ιδιαίτερα λεπτό δίκτυο φωτοκυττάρου- $2\mu\text{m}$ - για να είναι δυνατή μεγάλη διακριτική ικανότητα -ενκρινής όραση-

Γι' αυτό εδώ κάθε κωνίο έχει ένα δικό του διπολικό κύτταρο και αυτό έναδικό του γαγγλιακό κύτταρο.

Αντίθετα, στην περιφέρεια πολλά φωτοκύτταρα και διπολικά κύτταρα κατευθύνονται σ' ένα γαγγλιακό κύτταρο, οπότε το δίκτυο είναι αδρότερο και οι οπτικές εντυπώσεις λιγότερο σαφείς.

Η περιφέρεια του αμφιβληστοειδή από 15° και πέρα προειδοποιεί για κινδύνους, πχ. ένα εμπόδιο, μια κίνηση, χωρίς αυτά να αναγνωρίζονται με ακρίβεια.

Έτσι, κοιτάζουμε αντανακλαστικά προς τα εκεί και τότε αντιλαμβανόμαστε πει τίνος πρόκειται.

Η στιβάδα των αισθητηριακών κυττάρων περιέχει δύο ανατομικά και λειτουργικά διαφορετικά αισθητηριακά όργανα - διαδικιά θεωρία - τα ραβδία και τα κωνία. Στο κεντρικό βοθρίο βρίσκονται μόνο κωνία. Αυτά χρησιμεύουν για την αντίληψη των χρωμάτων. Τα ραβδία χρησιμεύουν για την όραση στο ημίφως.

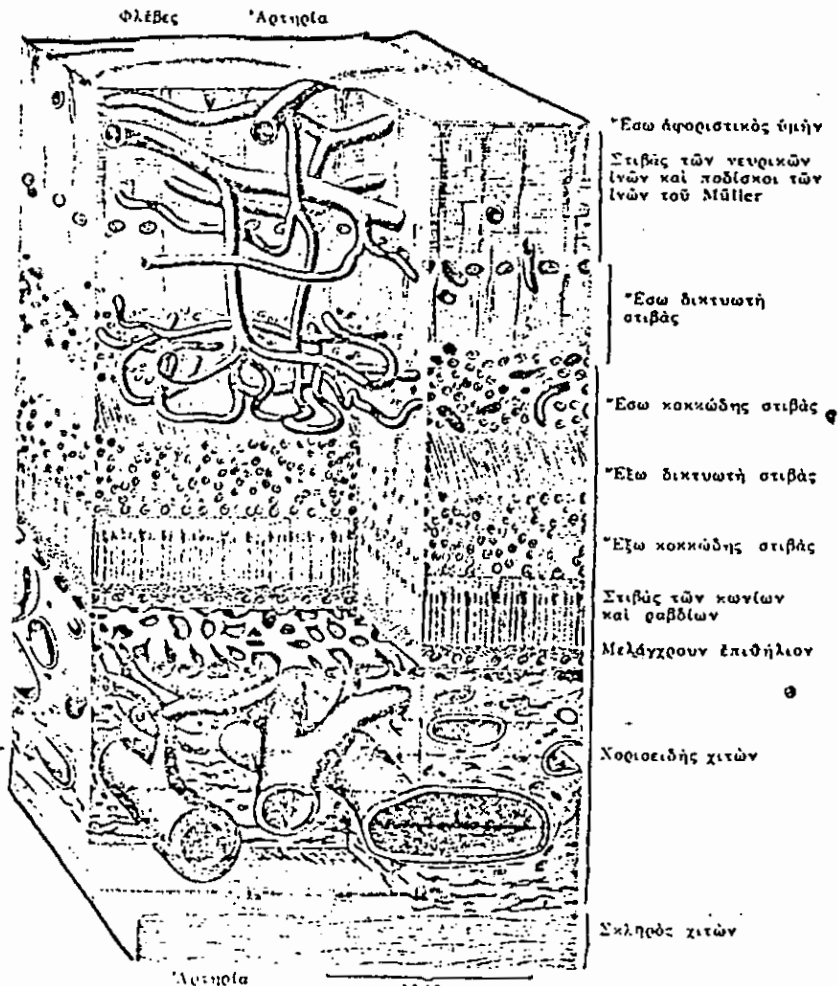
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

4.1. ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Οι εσωτερικές στιβάδες του αμφιβληστροειδή μέχρι την περιοχή της εξω κοκκώδους στιβάδας αιματώνονται από την κεντρική αρτηρία του αμφιβληστροειδή, που βρίσκεται στη στιβάδα των νευρικών ινών. Αρτηρίες και φλέβες είναι τελικά αγγεία και δεν έχουν παράπλευρη κυκλοφορία.

Με το οφθαλμοσκόπιο διακρίνουμε μόνο τη στήλη αίματος και όχι το φυσιολογικό τοίχωμα των αγγείων. Οι αρτηρίες με λειτουργία αεροθαλάμου επιτυγχάνουν συνεχή ροή αίματος και υψηλή τριχοειδική πίεση (που πρέπει να είναι μεγαλύτερη από την ενδοφθάλμια πίεση).

Τα αισθητηριακά κύτταρα του αμφιβληστροειδή βυθίζονται με τα εξωτερικά τους τμήματα μεταξύ των κυττάρων του μελάγχρου επιθηλίου και τρέφονται από τον χοριοειδή.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

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

5.1. Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Ο αμφιβληστροειδής συμφύεται στερεά με το μελάγχρον επιθήλιο μόνο εμπρός στην προνωτή περιφέρεια και πίσω στη θηλή. Κατά τα λοιπά τα δυο φύλλα του άλλοτε οφθαλμικού κυαθίου συνδέονται χαλαρά το ένα με το άλλο. Η πιο συχνή είναι η πρωτοπαθής (ιδιοπαθής) αποκόλληση. Δημιουργείται απο μια ρωγμή του αμφιβλ που εμφανίζεται ιδιαίτερα σε θέσεις με κυστικές εκφυλίσεις. Τετοιου είδους εκφυλίσεις παρουσιάζονται κυρίως στη μυωπία και στη γεροντική ηλικία. Το υαλοειδές σώμα αυτών των ματιών είναι τις πιο πολλές φορές δομικά αποδιοργανωμένο και ρευστοποιημένο και ο σκελετός του αποσυντίθεται. Εάν ο αμφιβληστροειδής παρουσιάζει ρωγμή, ρευστοποιημένο υαλοειδές σώμα εισέρχεται δια μέσου και πίσω απο αυτή και χωρίζει τον αμφιβληστροειδή ολοκλι περισσότερο απο το μελάγχρον επιθήλιο, μέχρι να γίνει τελικά μια ολική αποκόλληση.

Δευτεροπαθείς αποκολλήσεις χωρίς ρωγμή μπορούν να δημιουργηθούν με ελξη απο μέσα (ελκτική αποκόλληση - TRAKTIONHABLATIO). Αυτή η ελξη μπορεί να ασκείται απο πραγμαμβληστροειδικές σχέσεις (συμφύσεις) παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας, που δημιουργείται σε όλες τις μορφές τοπικής ανοξίας, όπως πχ. σε διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και περιφλεβίτιδα.

Επίσης μετά απο τραύματα ή φλεγμονές εξιδρώματα στο υαλοειδές σώμα, που επικάθονται στον αμφιβληστροειδή, μπορούν αργότερα να συρρικνωθούν και να τον αποκολλήσουν. Αποκόλληση μπορεί φυσικά να δημιουργηθεί και μετά απο διαμπερές τραύμα με αμεση βλάβη του αμφιβλ.

Τέλος, φλεγμονές (πχ. εξιδρωματική αμφιβληστροειδίτιδα), αιμορραγίες ή όγκοι (μελανοβλάστωμα) μπορούν επίσης να αποκολλήσουν τον αμφιβληστροειδή.

5.2. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η πρωτοπαθής αποκόλληση αμφ/δούς είναι συνέπεια ρωγμής του αμφ/δούς . Κυρίως είναι νόσος των μυώπων (60%) των ηλικιωμένων (35%) και των αφάκων (5%). Κατά τις τρεις ομάδες των αρρώστων βρίσκουμε ως προδιαθεσικούς παράγοντες εκφυλιστικές αλλοιώσεις του αμφ/δούς καταστροφή και ρευστοποίηση του υαλοειδούς σώματος.

Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του αμφ/δούς στη μυωπία και στο γήρας προσβάλλουν συνήθως και το χοριοειδή και το σκληρό χιτώνα. Η διατροφή του αμφ/δούς γίνεται χειρότερη από τη διάταση και λέπτυνση των αμφιβληστροειδικών αγγείων στη μυωπία, από σκλήρυνση και απόφραξη κατά το γήρας, καθώς και από ατροφία του χοριοειδούς κυρίως στις περιοχές του ισημερινού (90% των ρωγμών).

Σ' αυτές τις περιοχές ο αμφ/δής γίνεται αρχικά εύθραυστος , ευπαθής σε ρήξη. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του αμφ/δούς συνίστανται κυρίως σε κυστεοειδή εκφύλιση και εντοπίζονται σε περιοχή των ισημερινών. Σε περίπτωση μυωπίας εμφανίζεται 10-15 χρόνια νωρίτερα. Η αποκόλληση αμφ/δούς σε περίπτωση μυωπίας είναι 8 φορές συχνότερη από ότι στην εμμετροπία και υπερμετροπία.

Η συχνότητα μιας αποκόλλησης σε περίπτωση αφανίας ανέρχεται σε 2% , εμφανίζεται επομένως περίπου 100 φορές συχνότερα απ' ότι σε έμφακα μάτια πληθυσμού της ίδιας ηλικίας.

§.3 Πρωτοπαθής αποκόλληση αμφ/δούς

Τρεις παράγοντες προδιαθέτουν σε ρωγμές του αμφ/δούς , Μυωπία - γήρας - αφακία . Στην περιοχή της ρωγμής του αμφ/δούς, ανευρίσκονται πολύ συχνά συμφύσεις του κατεσταμένου αμφ/δούς στη περιοχή των εκφυλιστικών αμφιβληστροειδικών εστιών.

Ανώδυνη πορεί, εμφάνιση κουρτίνας, σκιάς ή πέπλου που ελαττώνεται κατά τη νυχτερινή ανάπαυση και αυξάνεται κατά την ημέρα, είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα.

Αριθμητικά επικρατούν οι εκπτώσεις των οπτικών πεδίων στη περιοχή των ρινικών ημίσεος που αντιστοιχούν στο ανώτερο τμήμα των ρωγμών του αμφ/δούς με αποκόλληση του αμφ/δούς στο κροταφικό τεταρτημόριο. Σε πάνω από μισές περιπτώσεις η ρωγμή του αμφ/δούς έχει σχήμα πετάλου.

Προσοχή στο ιστορικό: Εξέταση με μέγιστη διαστολή της κόρης εξασφαλίζει την έγκαιρη διάγνωση. Όχι σπάνια μια αποκόλληση αμφ/δούς συγκαλύπτεται από αιμορραγίες του αυλοειδούς από ρήξη αμφιβληστροειδικών αγγείων που οδεύει μέσω του χείλους της οπής (ηχογραφική εξέταση).

§.4 Δευτεροπαθή αποκόλληση αμφ/δούς

Αντίθετα από την πρωτοπαθή η Δευτεροπαθή αποκόλληση αμφ/δούς επέρχεται χωρίς ρωγμή του αμφιβληστροειδούς.

1. από πίεση εκ των οπισθεν παθολογικής εξεργασίας μεταξύ αμφ/δούς και χοριοειδούς· φλεγμονώδες εξίδρωμα, αιμορραγίες από τον χοριοειδή , όγκος (μελανώματα, ρετινοβλαστώματα).

2. Από έλξη προς τα εμπρός (μείωση του όγκου του υαλοειδούς) μετά διατοτραδόνοντα τραύματα, εγχειρήσεις με απώλεια υαλοειδούς. Με συρρίκνωση του υαλοειδούς σώματος μετά από νεοαγγείωση και ενδοφθάλκιές αιμορραγίες (περιφλεβίτιδα, διαβητική αμφιβληστροειδίτιδα) και μετά διατιτραίνοντα τραύματα, αποκόλληση από έλξη.

§ § Καταστροφή και ρευστοποίηση του υαλοειδούς

Στο μυωπικό μάτι εμφανίζεται πρόωρα - στο γεροντικό μετά μια δεκαετία - καταστροφή και ρευστοποίηση του υαλοειδούς, που οφείλεται σε κολλοειδής χημικές ουσίες.

Με την ελάττωση της δυνατότητας δέσμευσης ύδατος εμφανίζεται καταστροφή των ερειστικώνιστών εν μέρει ρευστοποίηση και οπίσθια αποκόλληση του αυλοειδούς. Έτσι το υαλοειδές χάνει την ζελατινώδη υφή και τη συνοχή του : χάνει το χαρακτηριστικό προστατευτικών οργάνων που πιέζει τον αμφ/δή πάνω στο χοριοειδή.

Στις γρήγορες κινήσεις του βλέμματος το υαλοειδές τινάζεται και έλκει τον αμφ/δή, στις περιοχές των μονίμων συνδέσεων με τον αμφ/δή και στις εκφυλιστικά αλλοιωμένες θέσεις του αμφ/δή .

Στο άφακο μάτι υπάρχει επίσης η πιθανότητα μεγαλύτερων απότομες κινήσεις του υαλοειδούς σώματος από την έλλειψη του φακού που την διαχωρίζει από τον πρόσθιο θάλαμο.

Όταν αποκολλάται ο αμφ/δής το υγροποιημένο υαλοειδές μέσω της οπής, ξεκολλά το νευρεπιθήλιο δηλαδή τα ραβδία και τα κωνία από την υποκείμενη στιβάδα του μελάγχρου επιθηλίου και του χοριοειδούς.

5.6 Τύπος ρωγμής

Για κλινικούς σκοπούς μπορεί η διαίρεση των ρωγμών του αμφ/δή να γίνει σε 3 ομάδες Πεταλοειδής ρωγμή (60%) , Ατροφικές οπές (30%) Ρωγμές της προιονωτής περιφέρειας (16%).

5.7 Εντόπιση των ρωγμών

Στο 75% των περιπτώσεων στο κροταφικό το 25% στο ρινικό ήμισυ. Περίπου 50% εμφανίζουν στο κροταφικό άνω τεταρτημόριο. Η κατάφυση του άνω λοξού μυός είναι η προτιμώτερη θέση εντοπίσεως για τις ρωγμές του αμφ/δή.

5.8. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Υποκειμενικά, ο ασθενής παρατηρεί στην περιφέρεια, όπου δημιουργείται η ρήξη του αμφιβληστροειδή, ένας σμήνος απο μαύρες θολερότητες οι οποίες οφείλονται στις σκιες που ρίχνουν στον αμφιβλ. οι μικρές αιμορραγίες αυτές προκαλούνται απο τη ρήξη αγγείου κατά τη δημιουργία της ρωγμής.

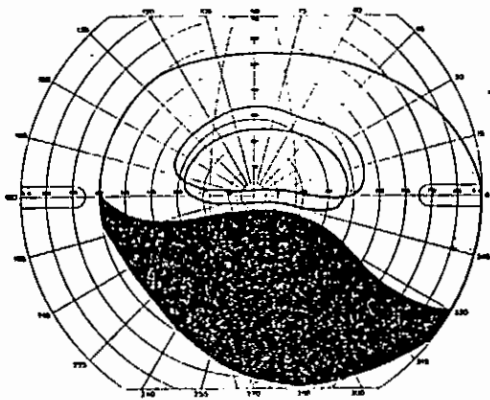
Σε αντίθεση προς τις χωρίς σημασία ιπτάμενες μύγες, που είναι μερικά ημιδιαφανή νημάτια στο υαλοειδές σώμα, οι αιμορραγικές θολερότητες εμφανίζονται αιφνίδια και είναι πολυάριθμες. Αυτά τα δυο πρώιμα συμπτώματα μπορεί να απουσιάζουν. Στη συνέχεια ο ασθενής παρατηρεί ένα θάμπωμα στην περιφέρεια που το διαγράφει τις πιο πολλές φορές σαν ένα απο κάτω ανερχόμενο τοίχο (ανώτερη αποκόλληση) ή σαν κατέβασμα αυλαίας (κατώτερη αποκόλληση).

Μεταμορφωσία και γρήγορη απώλεια της οπτικής οξύτητας εμφανίζονται αμέσως μόλις η αποκόλληση συμπεριλάβει και την ωχρά κηλίδα. Οι πόνοι απουσιάζουν πάντοτε. Αντικειμενικά, σε υψηλή αποκόλληση παρατηρεί κανείς γκριζες πτυχές στις κοιλάδες των οποίων τα αγγεία εξαφανίζονται και οι οποίες στις κινήσεις του ματιού κυματίζουν.

Σε επίπεδη αποκόλληση ο αμφιβληστροειδής είναι ανόμη διαφανής και τα αγγεία έχουν πορεία κυματοειδή. Μια αποκόλληση γίνεται μεγαλύτερη και τότε εμφανίζεται γκριζωπή.

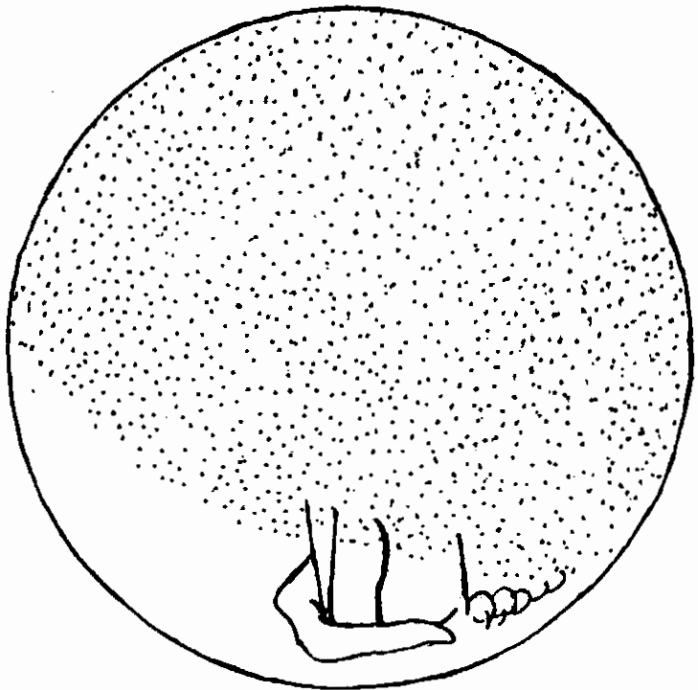
Οι ρωγμές έχουν τις πιο πολλές φορές σχήμα πετάλου ή στόματος καρχαρία, με το κοίλο στην περιφέρεια και απανιότερα είναι στρογγυλές.

Συχνή είναι η εντόπιση στο άνω κροταφικό μισό και ιδιαίτερα στην περιοχή της κατάφυσης του άνου λοξού. Οι ρωγμές της προιονωτής περιφέρειας δημιουργούνται απο θλάση του ματιού και οι σπες της ωχράς κηλίδας μετά απο τραυματα, φλεγμονές ή εκφυλίσεις. Πάντοτε πρέπει να διευρύνουμε την κόρη όσο περισσότερο είναι δυνατό και για την εξέταση και για την εγχείρηση.



ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΩ
ΟΠΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ
ΣΕ
ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ
ΑΜΦΙΔΥ.

ΜΕΓΑΛΗ ΕΛΑΤΤΩΣΗ
ΟΠΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ
ΣΕ
ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

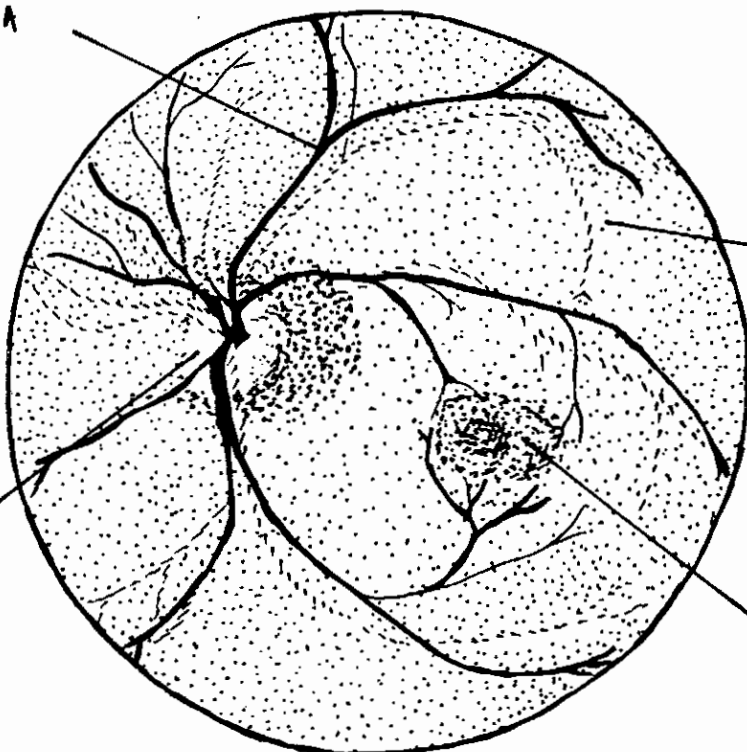


ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΚΑ
ΑΓΓΕΙΑ

ΑΜΦΙΒΛΗ
ΣΤΡΟΕΙΔΗΣ

ΟΠΤΙΚΗ
ΘΗΛΗ

ΚΕΝΤΡΙΚΟ
ΒΟΘΡΙΟ



Ο ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗΣ ΟΠΩΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΜΕΣΩ ΤΟΥ
ΟΦΘΑΛΜΟΣΚΟΠΙΟΥ.

Δ Ι Α Φ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

1. Το μελανοβλάστωμα μπορεί στην οφθαλμοσκόπηση να μοιάζει πολύ με μια αποκόλληση του αμφιβληστροειδή.

Μια υψηλή αποκόλληση, που σε κίνηση του ματιού δεν κυματίζει αλλά είναι σκληρή άκαμπτη και μια πορτοκαλοειδής απόχρωση συνηγορούν για μελανοβλάστωμα.

2. Ρετινόσχιση.

Οι έσω στιβάδες του αμφιβληστροειδή με τα αγγεία αποχωρίζονται από τις έξω στιβάδες αλλά παραμένουν ερυθρωπές και διαφανείς. Ρωγμή δεν υπάρχει. Συχνά δεν υπάρχουν σοβαρές ενοχλήσεις.

Π Ρ Ο Β Λ Η Μ Α Τ Α

Π Ρ Α Γ Μ Α Τ Ο Γ Ν Ω Μ Ο Σ Υ Ν Η Σ

Οι εκλυτικές αιτίες των ρωγμών συχνά δεν μπορούν να προσδιορισθούν. Από εσωτερική ανθρώπινη ανάγκη για αναζήτηση υπαιτιότητας και ψυχολογική ανάγκη για ασφαλιστική προστασία αυτές αποδίδονται συχνά σε ασημαντες αιτίες, όπως πχ. γενικό σωματικό τράνταγμα ή σήκωμα μεγάλου βάρους.

Τετοιου είδους γεγονότα σημερα κατά κανόνα δεν αξιολογούνται

σαν αιτία αποκόλλησης. Αντίθετα εαν κτυπήθηκε το ίδιο μάτι ή το κεφάλι και η οφθαλμολογική εξέταση δεν εδειξε καμιά εκφύλιση του αμφιβληστροειδή, επομένως καμιά προδιάθεση για αποκόλληση, τότε η συμμετοχή αυτών των εξωτερικών συνθηκών στην πάθηση είναι φυσιολογικά πολύ μεγαλύτερη.

Ο ακριβής ποιοτισμός της προδιάθεσης και των εξωτερικών αιτιών κάθε ξεχωριστής περίπτωσης ανήκουν στα ιδιαίτερα δύσκολα προβλήματα της πραγματογνωμοσύνης.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Φαρμακευτική θεραπεία δεν υπάρχει.

Η χειρουργική θεραπεία έγινε δυνατή μόλις εδώ και μερικές δεκαετίες. Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι βασίζονται στην παρατήρηση ότι μια αποκόλληση του αμφιβληστροειδή δημιουργείται από μια ρωγμή και το κλείσιμο της ρωγμής αυτής θεραπεύει την αποκόλληση, ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζονται αποκολλήσεις εκεί που μια παλαιότερη χοριοαμφιβληστροειδίτιδα δημιούργησε στέρωση ουλή μεταξύ του αμφιβληστροειδή και του χοριοειδή.

Ο στόχος της εγχείρησης επομένως είναι να προκαλέσουμε τεχνητά μια τέτοια εστία φλεγμονής στην περιοχή της ρωγμής, ώστε να δημιουργηθεί μια ουλώδης συγκόλληση του αμφιβληστροειδή με το χοριοειδή. Αλλά την εστία φλεγμονής μπορούμε να προκαλέσουμε μόνο στο χοριοειδή και όχι απ'ευθείας στον αμφιβληστροειδή.

Εάν ο αμφιβληστροειδής ποτέπει να προσκολληθεί με μια εστία φλεγμονής στο χοριοειδή, τότε οφείλουμε να δημιουργήσουμε εκτός από την εστιακή φλεγμονή και μια επαφή μεταξύ χοριοειδή και αμφιβληστροειδή.

Τον ξεκολλημένο αμφιβλ. κατά κανόνα δύσκολα μπορούμε να τον πλησιάσουμε στο χοριοειδή γεμίζοντας τον χώρο του υαλοειδούς σώματος με διαφορές ουσίες (αέρα, υγρά). Προτιμούμε τις πιο πολλές τον αντίθετο δρόμο και προκαλούμε ένα εμπύεσμα στο σκληρό χιτώνα, και κατά συνέπεια στο χοριοειδή, στη θέση τις αποκόλλησης του αμφιβληστροειδή.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την προσοφή ενός επιπώματος (PLOMBE) απο συνθετική ύλη ή με δίπλωμα (πτύχωση) του σκληρού χιτώνα μαζί με το χοριοειδή προς τα μέσα με ραφές που πτυχώνουν (ραφές U). Τις άσηπτες εστίες φλεγμονής πετυχαίνουμε με τη μέ- τις κρυοπηξίας.

Τοποθετούμε πάνω στο σκληρό χιτώνα μεταλλικό στυλεό (κρυόδιο) παγωμένο στους 80°C και δια μέσου του σκληρού πετυχαίνουμε, όπως γινόταν και με τη διαθερμία, ανάλογες επιδράσεις στο χοριοειδή. Με παρακέντηση του σκληρού χιτώνα με μια πολύ λεπτή βελόνα παροχετεύουμε το υποαμφιβληστροειδικό υγρό, όταν είναι αναγκαίο.

Ο σύνδεσμος των τριών προαναφερθεισών ενεργειών (τεχνητές εστίες φλεγμονής, μέθοδος εμπιέσματος και παροχέτευση του υγρού) είναι σήμερα ο πιο συνηθισμένος τρόπος αντιμετώπισης της αποκόλλησης. Σε πολλαπλές ρωγμές ή σε αφαικικούς ασθενείς μπορούμε να εμπιέσουμε το σκληρό και το χοριοειδή χιτώνα κυκλικά (δακτυλιοειδώς) με περιβροχισμό του βολβού με ταινία απο ελαστική συνθετική ύλη (SILIKON).

Σε μια οπή χωρίς αποκόλληση, ή μετά απο πιεστική εγχείρηση που διόρθωσε την αποκόλληση, μπορεί κανείς να περιχαραιώσει τη ρωγμή με άσηπτες φλεγμονώδεις εστίες που δημιουργεί δια μέσου της κόρης με φώς.

Το φως μιας λάμπας χοήση ή βολταϊκού τόξου εστιαζεται με έμεση οφθαλμοσκόπηση στον αμφιβληστροειδή στην περιοχή της ρωγμής

οπου το μελάγχρουν επιθήλιο το μετατρέπει σε θερμότητα και προκαλεί εγκαυμα (φωτοπηξία κατα MEXER) , ακριβώς οπως συμβαίνει οταν παρατηρεί κανείς μια έκλειψη ηλίου με ακάλυπτο μάτι, πράγμα που είναι γνωστό σαν εγκαυμα ωχράς.

Σε περιφερικές ρωγμές του αμφιβληστροειδή, μετά απο φωτοπηξία, δεν γίνεται αντιληπτό απο τον ασθενή το έλλειμα του οπτικού πεδίου.

Σημερα συνήθως οι οπές χωρίς αποκόλληση περιχαραιώνονται με LASER) πράγμα που γίνεται με τη βοήθεια ενός φακού επαφής στη σχισμοειδή λυχνία.

Η ρωγμή αργότερα περιβάλλεται απο ουλή με αφθονη χρωστική η οποία παρεμποδίζει την αποκόλληση του αμφιβληστροειδή.

Οπές στον οπίσθιο πόλο είναι πολύ δύσκολα προσπελάσιμες χειρουργικά.

Μια πιεστική εγχείρηση θα οδηγούσε σε μεταμορφωψία και μια φωτοπηξία σε εκπτώσεις του κεντρικού οπτικού πεδίου που ενοχλούν.

Ετσι προσπαθεί κανείς να πωματίσει τις ρωγμές ενίοντας αέριο εξαφθοριούχου θείου (SF_6) στο υαλοειδές. Μετά την εγχείρηση το κεφάλι του ασθενή πρέπει να μένει σε πρηνή θέση.

Το αέριο απορροφάται σε 5-14 ημέρες.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Θεραπεία επιτυγχάνεται κατά μέσο όρο στο 70 περίπου των περιπτώσεων. Αποφασιστική είναι η έγκαιρη παραπομπή στον ειδικό γιατρό και η εισαγωγή στο νοσοκομείο, γιατί όσο λιγότερο έχει επεκταθεί η αποκόλληση δηλαδή όσο νωρίτερα χειρουργείται, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση.

Ετσι στις ευνοϊκότερες περιπτώσεις επιτυγχάνεται θεραπεία περίπου στο 90, ενώ σε δυσμενείς περιπτώσεις το ποσοστό της επιτυχίας κατεβαίνει κάτω από το 30.

Προγνωστικά δύσκολες περιπτώσεις είναι μάτια με πάρα πολλές ή πολύ μεγάλες ρωγμές του αμφιβληστροειδή, παλιά αποκόλληση, αφασία, μάτια με αποτυχημένες προηγούμενες εγχειρήσεις ή αποκόλλησης όπου δεν ανακαλύπτεται ρωγμή, και συνεπώς η εγχείρηση δεν μπορεί να γίνει αιτιολογικά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι ασθενείς έρχονται σε επικοινωνία με τις νοσηλεύτριες διαρκώς κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και επομένως έχουν κάποια επαφή μ' αυτές.

Αυτό πιθανόν να είναι είτε αγάπη και εξάρτηση ή φιλυποψία και απόρρηση ή ακόμη χωρίς ανταπόκριση.

Είναι σημαντικό ότι η νοσηλεύτρια θα πρέπει να καταλάβει την αιτία για την οποία ο ασθενής είναι στο νοσοκομείο και την φύση της ασθένειας του για να είναι ικανή να καταλάβει την αντίδρασή του προς αυτή.

Η φυσική επαφή επίσης είναι σπουδαία στο άγγισμα το άτομο αντιδρά και η προσέγγιση οδηγεί σε μια απαύξηση.

Η έμπειρη νοσηλεύτρια μαθαίνει να αναγνωρίζει ότι σε ορισμένη περίπτωση το χέρι της στον ώμο ενός ασθενούς μπορεί να τον ανακουφίσει.

Μετά την γνωριμία του ασθενούς και της οικογένειάς του η αδελφή δύναται να καταστρώσει το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σκοπός των διαφόρων νοσηλειών, οι οποίες εξαρτώνται από την νόσο (αποκόλληση αμφιβληστροειδή) η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την πρωϊνή περιποίηση ασθενούς και τακτοποίηση του κρεβατιού, επιμελημένη ατομική καθαριότητα. Το διαιτολόγιο του ασθενή που ρυθμίζεται κατόπιν συνεννοήσεως γιατρού - διαιτολόγου και ασθενούς.

Προεγχειρητική αγωγή: Η ψυχολογική κατάσταση παίζει σπουδαίο ρόλο εις την επιτυχία της επεμβάσεως και στην ομαλή εξέλιξη της εγχείρησης και αυτό εξαρτάται από το

πολύ καλό οικογενειακό υπόστρωμα.

Γίνονται όλες οι εξετάσεις όπως επίσης και η διατροφή του και είναι πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέχει επιμελώς τον ασθενή που πάσχει από αποκόλληση αμφιβληστροειδούς.

Να μην του επιτρέπεται να σηκώνει μεγάλα βάρη π.χ. δεν πρέπει να μεταφέρει μόνος του την βαλίτσα του, όπως επίσης να αποφεύγει τις συγκινήσεις γιατί υπάρχει φόβος να ανοίξει "η τρύπα" και να γίνει έκχυση του υγρού.

Ο ασθενής πρέπει 1-2 εβδομάδες μετά την εγχείρηση να φορέση γυαλιά με οπές για να ακινητοποιηθεί το μάτι.

Η περιφέρεια του άλλου ματιού πρέπει να ελεγχεται επιμελώς γιατί σε ρωγμές χωρίς αποκόλληση ή σε κεφυλίσεις ύποπτες για ρωγμή κάνουμε προληπτική φωτοπηξία.

Η νοσηλεύτρια έχει μεγάλο καθήκον απέναντι στον ασθενή για την τελική του κατάσταση.

Μεγάλη σημασία έχει η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς ώστε να καταλάβη ακριβώς την έκταση της πάθησής του και να προσαρμοσθεί στην καινούργια γι' αυτόν κατάσταση της όρασής του.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να σεβαστεί την προσωπικότητα του ασθενούς, γιατί όλοι οι άνθρωποι δεν είναι ίδιοι και ο καθένας θέλει ειδική μεταχείριση και αυτό βέβαια θα το καταφέρει με το να έρθει κοντά στον ασθενή, για συζήτηση μαζί του και ανάλογα να ευεργήσει.

ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Όπως κάθε άλλος άρρωστος, έτσι και ο οφθαλμολογικός εκδηλώνει φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες που η νοσηλευτρια πρέπει να ικανοποιήσει. Δεν πρέπει να ξεχνάει ότι ο άρρωστος μπορεί να έχει προσβληθεί από μια γενική αρρώστια και η συμπτωματολογία από την όραση να είναι πρόδρομο σημείο εκδήλωσης της ή και επιπλοκή ακόμη. Συνήθως το πρωτοπαθές όργανο δεν είναι το μάτι, αλλά επίπτωση λειτουργικών ενωμελιών άλλου συστήματος, όπως νευρικού, αγγειακού, του ήπατος κ.λ.π. οι δε διαταραχές της όρασης πολλές φορές είναι τα πρόδρομα σημεία οργανικής παθολογικής αρρώστιας.

Η συναισθηματική διέγερση και ανησυχία του οφθαλμολογικού άρρωστου απαιτεί τόση προσοχή, όση και οι φυσικές του ανάγκες. Η πληροφορία ότι πιθανόν να έχει μερική ή ολική μείωση της όρασης βάζει σε αμφιβολία το παρόν και το μέλλον του. Η επερχόμενη ρήξη μεταξύ παρόντος και μέλλοντος συνοδεύεται από το φόβο, την ανησυχία, την αβεβαιότητα και μερικές φορές και την μελογχολία. Είναι δυνατό να εμφανιστεί ψυχική πένση, επιθετική και εκδικητική διάθεση προς το περιβάλλον, έμμομη ιδεών, αποστροφή και αδιαφορία για τους γύρω. Πιθανόν η αδυναμία να συνεχίσει την εργασία του, να είναι το επίκεντρο των ανησυχιών του, ακόμη και η διαταραχή της όλης επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Πιθανόν η επερχόμενη αναπηρία να δημιουργήσει οικογενειακά προβλήματα και κοινωνική ακόμη.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενισχύσει τον αρρωστο να μιλήσει για τις ανησυχίες και τους φόβους του, να κάνει ανοιχτή συζήτηση για να λύσει προβλήματα και απορίες. Όταν έχει υπόψη της το σύνολο "α ρ ρ ω σ τ ο ς έ ν θ ρ ω π ο ς" και όχι το "α ρ ρ ω σ τ ο ό ρ γ α ν ο" βρίσκει την αιτία της συνεισθηματικής διαταραχής του αρρώστου και γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες, Γιαθρόν, η συμβολή της κοινωνικής λειτουργού να δώσει μια μερική ή ολική λύση στο πρόβλημα που θα υπάρχει. Ίσως το κατάλληλο πρόσωπο να είναι ο γιατρός, ο ιερέας, ένα μέλος της οικογένειας, ένας συνεργάτης του κ.λ.π.

Η απασχόληση του αρρώστου και η ψυχαγωγία του πρέπει να συνδυαστεί με την όλη νοσηλευτική φροντίδα. Ίσως η εργασιοθεραπεία να δώσει μια διέξοδο στην ψυχική έκταση του αρρώστου, ίσως ή επαφή με τους άλλους και η συζήτηση, ίσως η εκρόαση κλασικής μουσικής, εκκλησιαστικής μουσικής κ.λ.π.

Η διαφορά που υπάρχει στους χαρακτήρες, συνθήκες, εγγωγή, μόρφωση απαιτεί ευκρυψία και ευλυγισία στους χειρισμούς, ώστε να οδηγηθεί ο αρρωστος να εισθάνεται ασφάλεια και συνεισθηματική ισορροπία. Ξέρουμε ότι κατό παραγγελία ανθρώπινες δυσκολίες και προβλήματα δεν τακτοποιούνται παρά μόνο, με ένα σμέριστο εμπρακτο ενδιαφέρον κατανόηση και συμπάθεια.

Αυτό ζητά και ο οφθαλμολογικός αρρωστος, αν θέλουμε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του και να μειώσουμε την ψυχική του ένταση όταν μέλιστα αυτός αντιμετωπίζει και πλήρη τύφλωση.

Η νοσηλευτική φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου σχετίζεται με την ικανοποίηση των φυσικών του αναγκών είναι η ίδια, όπως και στους άλλους αρρώστους, που μπορούν ή δεν μπορούν να περπατήσουν. Αυτός πρέπει να βοηθείται όσο το δυνατό περισσότερο για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του, αλλά και να ενισχύεται για αυτοεξυπηρέτηση για να μη νιώθει το είσοθμα της επιβάρυνσης και φόρτου στους άλλους.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όρασή του, τον βοηθάμε να φάει, αν όμως θέλει μόνος του να εξυπηρετηθεί, τότε τον προσέχουμε μήπως τραυματιστεί.

Η κένωση του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με υποκλισμό ή καθαρτικό υπόθετα. Στους περιπατικούς οφθαλμολογικούς αρρώστους συνιστούμε ανάπνοση και ανησυχία, δεν πρέπει να διαβάσουν, κεννίζουν ή και ξυρίζονται ακόμη, αν δεν έχουν ιατρική άδεια. Πρέπει να αποφεύγουν το τριξιμο των ματιών με τα χέρια ουτε να τα καθαρίζουν με υγρά μαντήλια ή άλλα μέσα. Οι άρρωστοι, που κάνουν θεραπεία με ατροπίνη πρέπει να φορούν σκούρα γυαλιά στα μάτια.

Όλη η θεραπεία των οφθαλμολογικών αρρώστων γίνεται σε θαλάμους με λίγο φως, επειδή ένα από τα κύρια συμπτώματα αυτών είναι και η φωτοφοβία.

Η νοσηλεύτρια για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες, χρησιμοποιεί τεχνητό φως μικρής εντάσεως, επειδή γενικά το έντονο φως της ημέρας και το τεχνητό κάνει ζημιό στις αρρώστιες των ματιών.

Ποτέ ας μη ξεχνά η νοσηλεύτρια ότι ο οφθαλμολογικός άρρωστος "β λ ε π ε ι μ ε τ α μ α τ ι α τ η ς ν ο σ η λ ε υ τ ρ ι α ς" γι' αυτό οι φυσικές και οι συναισθηματικές ανάγκες του πρέπει να γίνονται αντικείμενο φροντίδας της.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω η αποκόλληση του αμφιβληστροειδή οφείλεται στην αποκόλληση του αμφιβληστροειδή στο τον χοριοειδή, όπου είναι κολλημένος. Κύριο αίτιο ο τραυματισμός, η μυωπία καθώς και άλλα γενικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης κλπ. Ο άρρωστος αιφνίδια καταλαμβάνεται από αίσθημα επερχόμενης τύφλωσης, επειδή μπροστά στα μάτια του στέκεται ένα συννεφο που του παρεμποδίζει την όραση και που δεν μπορεί να το απομακρύνει. Άλλοτε πάλι έχει το αίσθημα σπινθήρων φωτός μπροστά στο μάτι. Ο άρρωστος μένει ακίνητος στο κρεβάτι με κλειστά και τα δύο του τα μάτια. Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική, όπου ο αμφιβληστροειδής επιπεδώνεται με ένα ανοιγμα μέσω του σκληρού και του χοριοειδή χιτώνα για παροχέτευση του υπαμφιβληστροειδικού υγρού, οπότε ο αμφιβληστροειδής προσεγγίζει το χοριοειδή και προκαλείται χοριοαμφιβληστροειδιτιδα για το κλείσιμο των ρωγμών του αμφιβληστροειδή χιτώνα. Στον άρρωστο χορηγούνται κατευναστικά και ηρεμιστικά για καταστολή διεγέρσεως του νευρικού συστήματος.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο άρρωστος τοποθετείται σε ανάπυση. Παραμένει στο κρεβάτι όλο το 24ωρο με τα μάτια του καλυμμένα για να προληφθεί η επέκταση της αποκολλήσεως. Το κεφάλι του τοποθε-

τείται ψηλότερα η χαμηλότερα ανάλογα με το σημείο ρωγμής του αμφιβλήστροειδῆ με σκοπό τη διευκόλυνση προεγχειρητικής επιπέδωσης αυτού με το χοριοειδῆ. Κατὰ τη περίοδο αυτή καλύπτονται όλες οι φυσικές ανάγκες του αρρώστου σπό τη νοσηλευτρία (κένωση εντερικού σωλήνα, ουροδόχου κύστεως, καθαριότητα πρόληψη κατακλίσεων). Χορηγείται ελαφρό φαγητό και εξασφαλίζεται στον άρρωστο ήσυχος ήρεμος και ασφαλές περιβάλλον.

Η κόρη διατηρείται σε διαστολή με τη χορήγηση μυδρυστικών κολλυρίων πχ. NEO SYNEPHRINE 2,5-10% , ATROPINE 1%, ανάλογα με την εντολή, και για την καταπολέμηση των παθογόνων μικροβίων του επιπεφυκότος χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά κολλύρια. Η επικοινωνία με τον άρρωστο γίνεται σπο την πλευρά του γερού ματιού και ετοιμάζεται για την εγχείρηση, όπως αναγράφεται στο " Ο Χειρουργικός Οφθαλμολογικός Άρρωστος - Προεγχειρητική Έτοιμασία ".

Η εγχείρηση τις περισσότερες φορές γίνεται με γενική αναισθησία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μόλις ο άρρωστος επιστρέφει σπο το χειρουργείο, με το ένα ή και τα δυο μάτια κλειστά, το κεφάλι του τοποθετείται σε χαμηλό μαξιλάρι και εξασφαλίζεται τέλεια ακινητοποίηση του (ανάλογα με την εντολή). Αυτό συχνά υπενθυμίζεται στον άρρωστο με χρησιμοποίηση προφυλακτικών συμβαλλει στην ακινητοποίηση. Η περιποίηση των οοντιών και του τριχώτου της κεφαλής σποφευγονται μέχρι να δοθεί ιατρική εντολή. Χρησιμοποιούνται ανακουφιστικά μετρα και μεσα, όπως εντριβές, τοποθέτηση μαξιλαριού κατω σπο τα γονατακάπ. Συνημερωνεται ο άρρωστος να σποφευγει

αποτομές κινήσεις, φτυρνίσματα καθώς και βήχα, επειδή όλα αυτά πιθανό να συμβάλλουν σε επέκταση της αποκολλησεως του αμφιβληστροειδής. Μετά τη δεύτερη μετεγχειρητική ημερα ο αρρωστος χρησιμοποιεί σκουρόχρωμα γυαλιά ή σκουροχρωμο γυαλιά με τρυπαριο κέντρο, για την κεντρική όραση, αλλα όχι για την περιφερική κι έτσι περιορίζονται οι κινήσεις της κεφαλής.

Σέες χειρουργικές μέθοδοι και αρτιωτερα μηχανήματα έχουν μειώσει κατα πολυ τις μερες της νοσηλειας των αρρωστων. Ο άρρωστος ψεύγει απο το νοσοκομειο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα και εξειάζεται απο το γιατρο μια βδομάδα μετά την εξοδό του. Η μετεγχειρητική φροντιδα περιλαμβάνει και τις ψυχικες ανάγκες του αρρωστου. Συχνά οι αρρωστοι με αποκολληση του αμφιβληστροειδής έχουν τωση για μελαγχολια και αρνητισμο και αυτο επειδή δεν είναι σιγουροι οτι θα βλέπουν καλα μετά την εγχειρηση. Ζητησεις με τον αρρωστο, περιγραφή απο τον τοιο των συναισηματων του, χρησιμοποιοηση μουσικής η αναγνωσιη ενος βιβλιου είναι μεσα αποτελεσματικα για την αποκατάσταση της ηρεμιας και ψυχραιμιας του και για να αισθανεται ασφαλεια. Ο αρρωστος σηκωνεται μονο οταν το επιτρεψει ο γιατρος. Μπορει να σηκωθεί και το απογευμα της τοιας μερας της εγχειρησης για να χρησιμοποιοήσει τουαλετα.

Οι αλλαγές πρέπει να γίνονται κάτω απο συνθήκες απόλυτης ασηψίας. Μετεγχειρητικά βάζουμε ακόμη σταγόνες μυδριατικού κολλυριου για περιορισμό της ιριδας και διατήρηση της διαστολής της κόρης για καθημερικη εξέταση. Επίσης δίνουμε στον άρρωστο αντιβιωτικά προφυλακτικά σε κολλύρια και κορτικοστεροειδή για μείωση της φλεγμονής.

Η επιτυχία της εγχειρήσεως εξαρτάται από το:

- Πότε έγινε η αποκόλληση του σφιβληστροειδή (μέρες, βδομάδες, μήνες).
- Πόσο νωρίς το μάτι χειρουργήθηκε.

Όταν βγαίνει ο αρρωστος από το νοσοκομείο ενημερώνεται ότι:

- Πρέπει να επισκέπτεται συχνά τον οφθαλμίατρο.
- Ελαφρές εργασίες μπορεί να κάνει μετά την τρίτη μετεγχειρητική βδομάδα και μετά έξι βδομάδες και βαρίες εργασίες.
- Μετά τον τρίτο μήνα θα φορέσει διορθωτικά διαθλαστικά γυαλιά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα έχει πλήρη αποκατάσταση της όρασεως. Οι πιθανότητες να ξαναβρεί την όραση που έχασε αυξάνονται επειδή οι χειρουργικές τεχνικές και τα μέσα συνεχώς βελτιώνονται.

Ενστάλαξη κολλυρίων: Ο σκοπός των ενσταλάξεων είναι θεραπευτικός, όπως η χρήση αντιφλεγμονωδών κολλυρίων, αντισηπτικών κολλυρίων, μυδριατικών κ.α.

Αντικείμενα που χρειάζονται είναι αποστειρωμένο σταγονόμετρο, τούμπια βαμβάκι, το φάρμακο και νεφροειδές. Ο τρόπος εργασίας είναι:

- Να ενημερώνεται ο άρρωστος για τη νοσηλεία.
- Να κάθεται αναπαυτικά με το κεφάλι να κλείνει προς τα πίσω ή ξαπλωμένος σε ύπτια θέση.
- Να απομακρύνεται οι εκκρίσεις από τα βλέφαρα και τις βλεφαρίδες μ'ένα τούμπιο βαμβάκι και με μια κίνηση από τον έσω προς τον έξω κανθό.

- Να πλένονται τα χέρια πριν από τη νοσηλεία.
- Με το αριστερό χέρι η νοσηλεύτρια κρατά το τολύπιο βαμβακος και ακουμπώντας το στο ζυγωματικό τόξο σύρει με το δείκτη το κάτω βλέφαρο προς τα κάτω, λέγοντας στον άρρωστο να βλέπει προς τα πάνω.
- Με το δεξί χέρι κρατά το σταγονόμετρο που το κατευθύνει προς τον κάτω θόλο του επιπεφυκότα, κρατώντας το σε απόσταση 2εκ. από τον επιπεφυκότα.
- Ρίχνει τις σταγόνες και κρατά λίγο το βλέφαρο ανοιχτό.
- Παρακαλεί τον άρρωστο να κλείσει το μάτι σιγά-σιγά αλλά να μην το σφίξει και στεγνώνει εξωτερικά με τολύπιο το φάρμακο που παρασύρθηκε προς τα έξω.

Πρόληψη επιπλοκών

Νευτία και εμέτοι Αυτοί αντιμετωπίζονται ως εξής:

- Βαστάται το κεφάλι του αρρώστου όταν κάνει εμέτους.

Χρησιμοποιούνται αντιεμετικά φάρμακα σύμφωνα με την οδηγία.

Αιμορραγίας Αυτή προλαμβάνεται, όταν ο αρρώστος παραπονέθει για πόνο στο μάτι, πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο γιατρός.

- Προσεκτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων όταν ο άρρωστος εμφανίζει ανησυχία. Γρήγορη αποκατάσταση του αρρώστου με ενίσχυση για αυτοεξυπηρέτηση. Αυτό γίνεται με

- Αυξηση δραστηριοτήτων προοευτικά

- Συνεργασία για αντιμετώπιση των αναγκών του όταν σηκωθεί ο άρρωστος.

- Διδασκαλία του αρρώστου και οικογενείας του για τη χρήση των κολλυρίων καθώς και τη χρησιμοποίηση κοινωνικών υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΕΣΥ

- Συμμετοχή του αρρώστου σε προγράμματα ψυχαγωγίας κατά την περίοδο της αναρρώσεως του.

- Πληροφορίες απαραίτητες για τον άρρωστο όπως πρέπει να χρησιμοποιηθούν έγχρωμο γυαλιά αμέσως μόλις αφαιρεθεί ο επίδεσμος και ότι θα χρειασθούν προσωρινοί διορθωτικοί φακοί κατά την έξοδο από το νοσοκομείο.-

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η Σακελαρίου Βασιλική μπήκε στο νοσοκομείο με αποκόλληση Α.Ο. για εγχείρηση.

Αφού έγινε έλεγχος ατομικού και οικογενειακού αναμνηστικού τοποθετήθηκε σε ανάπαυση.

Παρέμεινε στο κρεβάτι όλο το 24ώρο με τα μάτια της καλυμμένα για να μην επεκταθεί η αποκόλληση.

Κατά την περίοδο αυτή καλύφθηκαν από την νοσηλεύτρια όλες οι φυσικές ανάγκες της δηλαδή η κένωση εντερικού σωλήνα, ουροδόχος κύστη, καθαριότητα και πρόληψη κατακλίσεως της χορηγήθηκε ελαφρύ φαγητό και της εξασφαλίστηκε ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον. Η κόρη διατηρήθηκε σε συστολή με ATROPINE 1% και για την καταπολέμηση των παθογόνων μικροβίων του υπεφικότα χρησιμοποιήθηκαν αντιβιοτικά κολύρια.

Η εγχείρηση έγινε με γενική αναισθησία από τον γιατρό. Μόλις η ασθενής επέστρεψε από το χειρουργείο το κεφάλι της τοποθετήθηκε σε χαμηλό μαξιλάρι και εξασφαλίστηκε η τέλεια ακινητοποίησή του.

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποίηση : ανακουφιστικό μέτρα όπως εντριβές, τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από τα γόνατα, ήσυχο περιβάλλον.

Επίσης ενημέρωση την άρρωστη να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις για 1-2 ημέρες όπως φτάρνισμα, βήχας γιατί όλο αυτά συμβάλουν στην επέκταση της αποκόλλησης του αμφ/δής.

Η νοσηλεύτρια φρόντισε να καλύψει και τις ψυχικές ανάγκες της ασθενούς έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν μελαγχολία και αρνητισμός.

Στη συνέχεια παραθέτονται το ιστορικό , η κάρτα, το δελτίο νοσηλείας όπως και η σχηματική παράσταση της αποκόλλησης αμφ/δούς της Βασιλικής Σακελλάριου.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΚΡΑΤΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ/ΝΤΗΣ: ΔΡ. ΠΑΝ. ΤΣΟΛΑΚΗΣ.

Κωδ. Αριθ.

Επώνυμο Σαμπαρίου Βασιλίου
 Όνομα Βασιλίου Πατρ. Κωνσταντίνου Ημερ. Γεν. 1925
 Δ/ση Κοζάνης Τηλ.
 Ημερ. Εισόδου 14-6-88 Διάγνωση Αποκόλληση αμφιβλ.
 Ημερ. Εξόδου

Προηγούμενες Εισαγωγές εξωτερ.

Οικ. Αναμν. εξωτερ.

Ατομ. Αναμν. τραυματ. πριν 10 ημέρες από τραύμα

Οφθ. Αναμν. →

Παρούσα Κατάσταση

Προέρχεται στο νοσοκομείο για χειρουργική αποκόλληση αμφιβλαστροειδής Α.Ο.

V_{sc 00} 40 cc } 8/10
5/10 cc.

N
O.D.

T } 14 mm H₂
12 mm Hg

λεφαρα

ολβος

πιπεφυκοτας

κληρος

ερατοειδης

ρ. θαλαμος

ιδα

ορη

ακος

αλοιδες

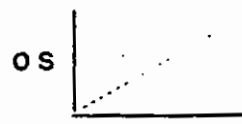
υθος

ικρ. συσκ.

ογχος

ττ. Πεδια

κατασκευασμενο με Javal od



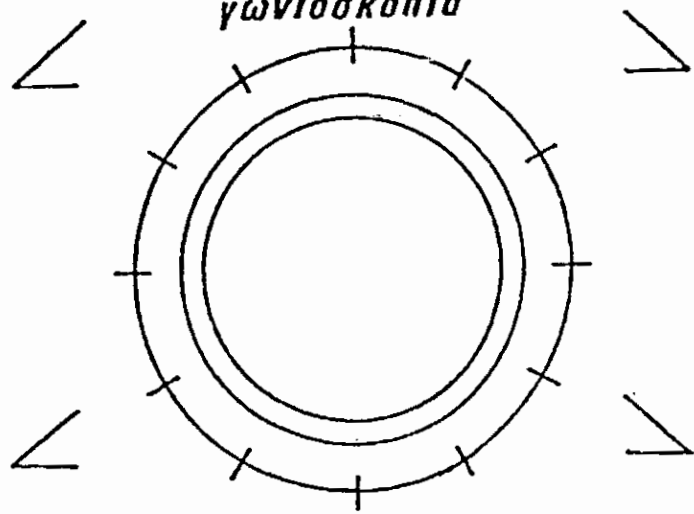
διαφανης

κατασκευασμενο με Tyndall (-)

ευλοσ φουσιολογικη σειω.

ελαστικη αυρα στο ειν κεντροποιηται

γωνιοσκοπια



O.S.

Βλεφαρα

Βολβος καιουικος . μεγθος οχιτε

Επιπεφυκοτας

Σκληρος

Κερατοειδης Διαφανις

Πρ. Θαλαμος καιουικος βαθος Tyndall (-)

Ιριδα Διπλοχρωδι αυτιδεαση . ελο φως

Κορη ευτος φουδρωγια οριω

Φακος

Υαλοειδες

Βυθος

21-6. Αποκοψηση ατφιβη .
με χειρικη αναοδωγια
τοτην επιπεφυκοτα

Δακρ. Συσκευη

ποραμνιτην ρυω . κοουοηγια τοποθετη
μοχλητατα spray εως 270 c.

Κογχος

22-6. Το buccle ειναι εναυ τυρρυτη
ε 4, 6, 8 μεχει 1^η 2^η ωρε

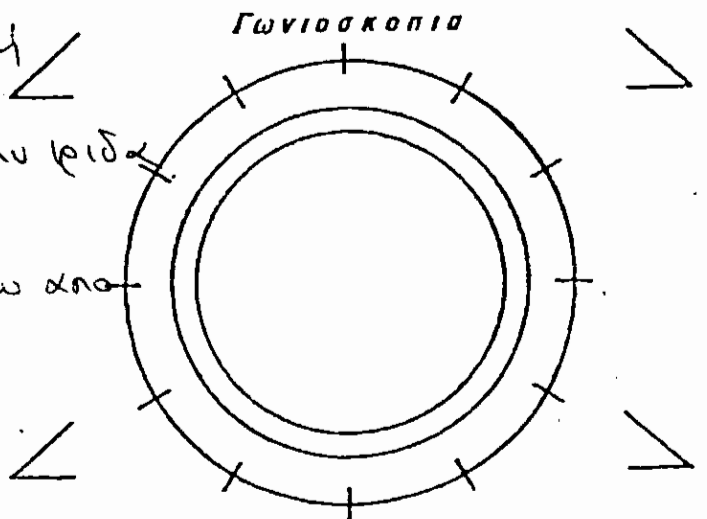
Οπτ. Πεδια

Υπαρχη αποερδωκη υρω .

Παρατηρησεις

ο τονω δομητα
υερατοειδης οιδητα τοδης

-6 Κορη σε φαρτακευτικη
τυδριαωγ
ΠΘ Βαδις χωρη ανωτην ιριδα
ιριδα ευτος φ. ο .
το buccle ειναι απανω ανα
τις ρυγτες υαδεχη
αποερδωκη υρω



ΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΕΛΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΔΕΛΦΗΣ

ΑΡΙΘ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

164

ΕΠΙΧΡΗΜΑΤΙΚΗ Ονομασία: N.M. ΘΑΛ.

ΟΝΟΜΑ Σακεφαρίων Βασιλική

Ημερομηνία εισόδου 14-6-88 Αριθ. Μητρώου (Βιβλιαρ. νοσηλ.): Ετών 1925

Απελευθεύεται ως 26-6-88

Παθολογία: Διαιταία Ορθοκεία: Χρ. 161. Ουδός Υπηκοότητα: Ελληνική

Υπεύθυνη ασθενής: Καρβουλά Τηλέφωνο: 525-147

Υπεύθυνη συγγενών: Τηλέφωνο:

Κατάσταση ασθενή κατά την είσοδο: Φυσιολογική

Θερμοκρασία: 36 Αριθμός σφύξεων: Αρτηριακή πίεση: 110/70

Θερμοκρασία: Αριθμός σφύξεων: Αρτηριακή πίεση:

Κατακλίσεις: Φέρει κατακλίσεις: Εξάνθημα:

Γενική κατάσταση αυτού:

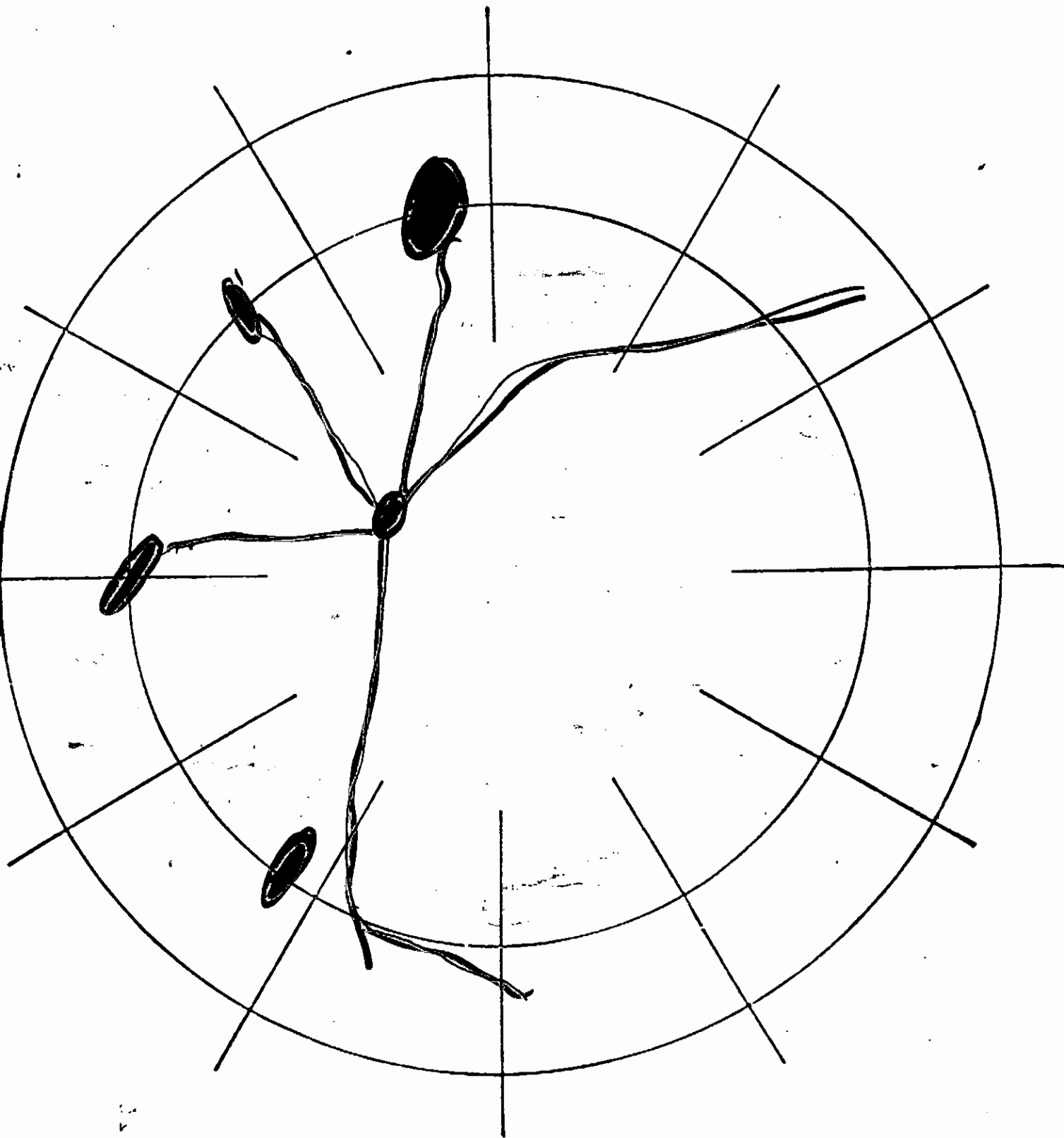
Προβλεπόμενη διάγνωση: Δυσωσμία Α.Ο.
Παραλαβούσα αδελφή:

Ημερομηνία εξόδου:

Υπογραφή Πρισταμένης

ΕΡΟΜ.					
4-6-88	Νέος ασθενής	Μαιχ	Μαιχ	11-7	Μαιχ
5-6-88	3-11	Μαιχ	Εγινε προσβολή	ΑΠ=14	11-7 Μαιχ
6-6-88	Μαιχ	Μαιχ			
7-6-88	Μαιχ	3-11		11-7	Μαιχ
8-6-88	Μαιχ	Μαιχ		Μαιχ	Μαιχ
9-6-88	Μαιχ	Μαιχ		Μαιχ	Μαιχ
10-6-88	Μαιχ	Μαιχ		Μαιχ	Μαιχ
11-6-88	ΧΕΙΡΟΤΕΡΓΕΙΟ	3-11		Μαιχ	Μαιχ
12-6-88	3-11	Μαιχ		11-7	Μαιχ
13-6-88	Μαιχ	Μαιχ		Μαιχ	Μαιχ
14-6-88	Μαιχ	Μαιχ		Μαιχ	Μαιχ
15-6-88	Μαιχ	Μαιχ		Μαιχ	Μαιχ

DETACHMENT CHART



Ακτύπης Ευστάθιος μνήκες στο νοσοκομείο στις 1-5-88 με αποκόλληση Δ.Ο.

Έγινε έλεγχος στο ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό. Τα συμπτώματα που είχε ήταν : Πριν 3 ημέρες είχε αίσθημα λάμψων και θάμπωση οράσεως. Έγιναν διάφορες εξετάσεις όπως α/α θώρακος και ελήφθη αίμα.

Η νοσηλεύτρια κατέστρωσε το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας, πρωϊνή περιποίηση, τακτοποίηση του κρεβατιού, καθαρό και ήρεμο περιβάλλον. Έγινε κέννωση εντερικού σωλήνα, ουροδόχου κύστης, τον προετοίμασε ψυχολογικά για την ομαλή εξέλιξη της εγχείρησης.

Η εγχείρηση έγινε στις 10-5-88 . Μόλις γύρισε το δωμάτιο ήταν έτοιμο στρωμένο και καθαρό. Τοποθετήθηκε σε χαμηλό μαξιλάρι .

Η νοσηλεύτρια τον ενημέρωσε να αποφύγει τις απότομες κινήσεις για να αποφευχθεί η επέκταση της αποκόλλησης αμφιβληστροειδή. Την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα ο άρρωστος χρησιμοποίησε σκουρόχρωμα γυαλιά. Οι αλλαγές έγιναν κάτω από συνθήκες απόλυτης ασηψίας.

Η νοσηλεύτρια έβαλε σταγόνες ATROPINE 1%, STOPARON για την καθημερινή εξέταση και έδινε αντιβιοτικό προφυλακτικά κολλύρια και κυρτικοστεροειδή για μείωση της φλεγμονής.

Στη συνέχεια παραθέτονται το ιστορικό του ασθενούς.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΚΡΑΤΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ/ΝΤΗΣ: ΔΡ. ΠΑΝ. ΤΣΟΛΑΚΗΣ

Κωδ. Αριθ.

Επώνυμο ΑΚΥΠΗΣ

Όνομα ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ Πατρ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Ημερ. Γεν. 19 28

Δ/ση ΑΡΓΑΣΙ ΖΑΚΥΝΘΟΥ

Τηλ.

Ημερ. Εισόδου 1-5-88 Διάγνωση Αποκόζ ΔΟ

Ημερ. Εξόδου

Προηγούμενες Εισαγωγές

Οικ. Αναμν. Εφευδία

Ατομ. Αναμν. Νευροφυλικά προβλήματα.
Νοσηλεύθηκε σε νευρολογική κλινική

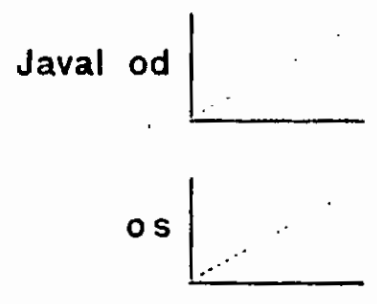
Οφθ. Αναμν. Εφευδία

Παρούσα Κατάσταση Πριν από 3 ημέρες είχε
αίωδη φακώσεως & θόρυβη όρασης.
Παραπεριτέλει στο σφαγγιατρο της
Ζακύνθου για ρετίνη & αποκρίση
αφθιβμολεσική.

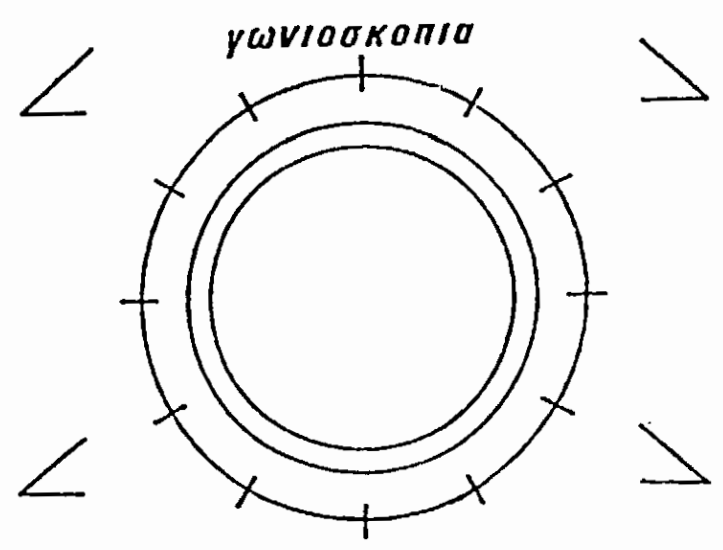
V SC 00 CC 1/40 cc N O.D. 10/10 cc foss h.

T 10 mmHg 16 mmHg

αρα φ
ος φ ηρ
εφυκοτας ανεξιδιατος
ηρος ηρ.
ιτοιδης Διαφανεις. ηλερωδιο
θαλαμος Βαδυσ
δα ηρ.
η Στεροχορμη
ος υαλαραυτης
ειδες εφιδρωταλα
ος Ρωστη η ΔΔ = ηρα.



Συσκ.
χος
Πεδια



O.S.

Βλεφαρα μ.φ.

Βολβος μ.φ.

Επιπεφυκοτας Δυερίθιοτας

Σκληρος μ.φ.

Κερατοειδης Διοφανίς

Πρ. Θαλαμος Βαδύς

Ιριδα μ.φ.

Κορη Στρογγυλή

Φακος Διουχίς

Υαλοειδες

Βυθος

Δακρ. Συσκευη

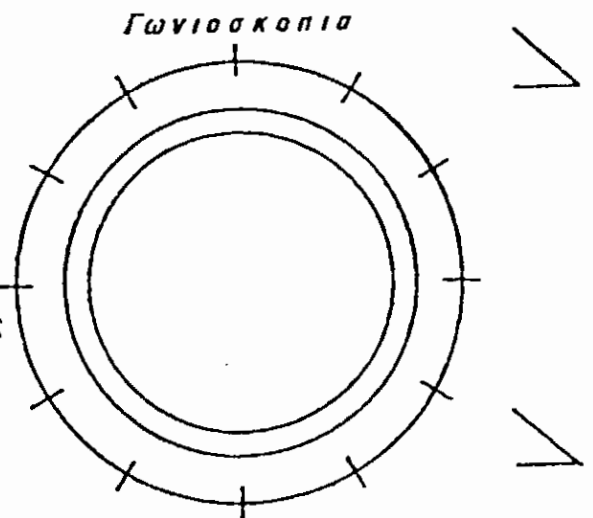
Κογχος

Οπτ. Πεδια

Παρατηρήσεις

- 5-88 Εξχειρωσι
οκώφημοι ομφεβημετ. Δ.Ο
με σκίμμοι μόνχευτα

- 5-88 Επιπεφυκοτας - Υπεραμφικός
Κερατοειδης = Διοφανίς
Βυθός -



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΔΕΛΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΔΕΛΦΗΣ

ΑΡΙΘ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

07A

ΕΠΙΧΡΗΜΑΤΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΙΑ Ν.Μ. ΘΑΛ.

ΟΝΟΜΑ Ακτίωνος Ευαλδία

Ημερομηνία εισόδου 1-5-88 Αριθ. Μητρώου (Βιβλιαρ. νοσηλ.): Ετών: 1928

Προσπεύεται ως

Παράγγελμα: Θρησκεία: Χριστιανική Υψηλότητα: Ορθόδοξη

Εύθυνση ασθενή: Αρχαίοι Ζακύνθου Τηλέφωνο:

Εύθυνση συγγενών: Τηλέφωνο:

Κατάσταση ασθενή κατά την είσοδο:

Θερμοκρασία: Αριθμός αφύξεων: Αρτηριακή πίεση:

Θερμοκρασία: Αριθμός αφύξεων: Αρτηριακή πίεση:

Παύση κλινήρης: Φέρει κατακλίσεις: Εξάνθημα:

Πορεία ή γενική κατάσταση αυτού:

Προβλεπόμενη διάγνωση: ΔΟ αποστήματα περιβρυμεταρσική
Παραλαβούσα αδελφή:

Ημερομηνία εξόδου:

Υπογραφή Πρισταμένης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

5-88	Νέα εισαγωγή μερίδα 11 ημ		
	3-11 μήχος	11-7 μήχος	
5-88	Μόχος εφίφωγ αέρα για εφίφωγ		
	να παρθεί οι αποστήματα ε εφίφωγ		
	α.1α δώροκος να του παρθεί		
	3-11 μήχος	11-7 μήχος	
5-88	3-11 μήχος	11-7 μήχος	
5-88	11 "	11 "	
5-88	11 "	11 "	
5-88	11 "	11 "	
5-88	11 "	11 "	
5-88	11 "	11 "	
5-88	Μόχος αέρα χειρουργείο 3-11		
	ε.1α δώροκος Α.Π.: 130 mmHg		

ΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
Ο "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ,"

ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ

ΘΑΛΑΜΟΣ: _____

ΤΑΜΕΙΟ : _____

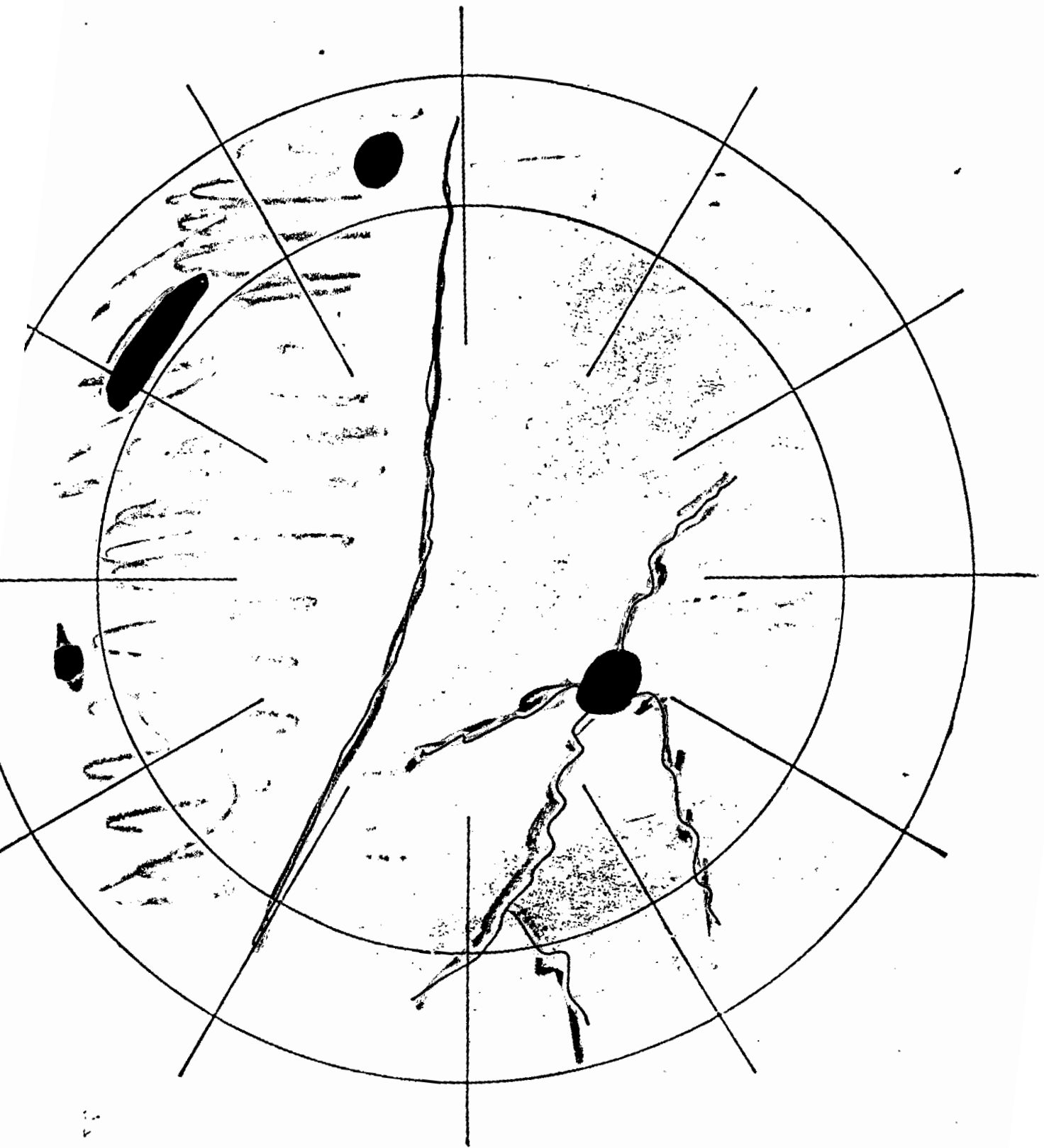
ΔΙΑΙΤΑ : _____

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

№ ΑΚΤΥΝΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΥΣ Ηλικία _____ Ημέρα εισόδου 15/08 1988

ΦΑΡΜΑΚΑ ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΟΔΟΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ							
	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	
	Δ	Τ	Τ	Π	Π	Σ	Κ	
ΔΟΣΕΙΣ								
ΩΡΕΣ								
<u>oparexylgr</u>								
ΩΡΕΣ		<u>1M</u>	<u>0.5/88</u>					
ΔΟΣΕΙΣ	<u>1x3</u>		<u>1x3</u>			<u>1x3</u>		
ΩΡΕΣ								
<u>ell Atropine</u>								
ΔΟΣΕΙΣ						<u>1x3</u>		
ΩΡΕΣ								
<u>ell Isoptometrol</u>								
ΔΟΣΕΙΣ						<u>x6</u>		
ΩΡΕΣ								
<u>oparexylgr</u>								
ΩΡΕΣ								
<u>Atropine cal</u>								
ΔΟΣΕΙΣ			<u>1x3</u>		<u>1x3</u>	<u>→</u>		
ΩΡΕΣ								
<u>optometrolcal</u>								
ΔΟΣΕΙΣ			<u>1x3</u>		<u>1x3</u>	<u>▷</u>		
ΩΡΕΣ								
			<u>1x6</u>	<u>1x6</u>	<u>1x6</u>	<u>1x6</u>		
ΩΡΕΣ								
ΔΟΣΕΙΣ								
ΩΡΕΣ								
ΔΟΣΕΙΣ								
ΩΡΕΣ								
ΔΟΣΕΙΣ								
ΩΡΕΣ								

DETACHMENT CHART



Γεωργαντόπουλος Δημήτριος εισήλθε στο νοσοκομείο στις 13.6.

88 με αποκόλληση μαφ/δ ή Α.Ο.

Έγιναν οι συνήθειες εξετάσεις (προηγούμενες εισαγωγές, οικογενειακό αναμνηστικό, ατομικό). Ο ασθενής προ 30 ημερών είχε λάμπεις στις οποίες δεν έδωσε σημασία . Πριν 15 ημέρες παρατηρήθηκε μείωση οπτικής οξύτητας.

Η νοσηλεύτρια έκανε όλη την προετοιμασία πήρα αρτηριακή πίεση , θερμοκρασία, τοποθέτησε τον ασθενή στο κρεβάτι για όλο το 24ώρο και τα μάτια του καλυμμένα για να μην γίνει επέκταση της αποκολλήσεως. Κάλυψε όλες τις φυσικές του ανάγκες (ουροδόχος κύστη, κένωση εντερικού σωλήνα, καθαριότητα πρόληψη κατακλίσεων). Του χορηγήθηκε ελαφρύ φαγητό και ήρεμο, ήσυχο περιβάλλον .

Η κόρη του διατηρήθηκε σε διαστολή με τη χορήγηση μυδριατικού κολλυρίου ATROPINE 1% , πάντα με εντολή γιατρού.

Η επικοινωνία με τον άρρωστο έγινε από την πλευρά του γερού ματιού.

Στις 14/6/88 έγινε η εγχείρηση. Μόλις γύρισε στο δωμάτιο του η νοσηλεύτρια του έβαλε μαξιλάρι χαμηλό και του είπε να μην κινήσει καθόλου το κεφάλι του. Έγινε η περιποίηση των δοντιών και του τριχωτού της κεφαλής γιατί ο άρρωστος το ζήτησε, έγιναν εντριβές σαν ανακουφιστικό μέτρο.

Ο ασθενής την τρίτη μετεγχειρητική μέρα συζήτησε το πρόβλημά του με την νοσηλεύτρια. Η οποία τον έκανε να νοιώσει ήρεμος και ασφαλής. του είπε επίσης να μη σηκώσει βάρος για αρκετό καιρό.

Στη συνέχεια παραθέτεται το ιστορικό ακριβώς όπως χρησιμοποιήθηκε από το νοσοκομείο.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΚΡΑΤΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ/ΝΤΗΣ: ΔΡ. ΠΑΝ. ΤΣΟΛΑΚΗΣ

Κωδ. Αριθ.

Επώνυμο Γεωργίου Γεωργίου
Όνομα Αγγελίτριάς Πατρ. Κωνσταντίνου Ημερ. Γεν. 1960
Δ/ση Παράδ. Α Δ 10 Αγ. Ανδρέως Τηλ.
Ημερ. Εισόδου 13-6-88 Διάγνωση Αποκόφτης αμφιβλ. ΑΟ
Ημερ. Εξόδου

Προηγούμενες Εισαγωγές —

Οικ. Αναμν. —

Ατομ. Αναμν. —

Οφθ. Αναμν. Μυωπία άνευ σημάδιας

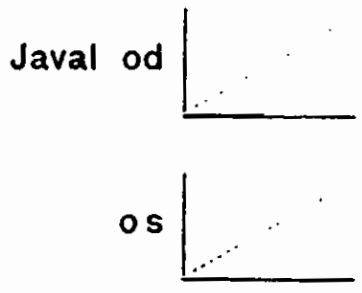
Παρούσα Κατάσταση Προ 30 ημερών αναφέρει
ζαχαρας στις οποίες δεν έδειξε σημάδια
Προ 15 ημερών παρατηρείται κίωμα οπτικής
οφθαλμίας (εύθραση) διαγνώσθηκε αποκόφτης
ε προσέρχεται προς χειρουργία.

- 4+ -

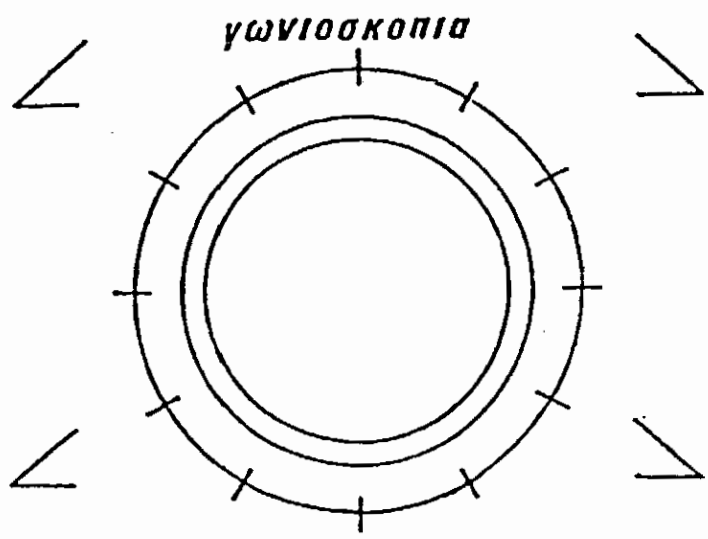
V ⁶⁰ _{SC 00 CC} **N** ^{8/10} _{1/10} **T** ^{Δ6} ₁₁

O. D.

παρα φυσιοφορική κινητικότητα μεξεδος
 βος φυσιοφορική
 τεφυκοτας φυσιοφορική υψηλή
 ηρος λείες
 ατοιειδης Διαυγής
 θαλαμος κανονικό βάθος Τυμλ(-)
 α φυσιοφορική υψηλή
 η Στρωγγυλή αντίδραση
 ρος Διαυγής
 ρειδες " "
 ρος Ελεγχος φυσιοφορικής



Συσκ.
 ρος
 Πεδία



O. S.

Βλεφαρα φυσιολογικά

Βολβος φυσιολογικός μεγέθως - έχει κινητικότητα

Επιπεφυκοτας φυσιολογικός

Σκληρος λευκός

Κερατοειδης διαυγής

Πρ. Θαλαμος Κουουκίος υδός

Ιριδα φυσιολογική αμή

Κορη Σε φαρτακα μυδράααα

Φακος διαυγής

Υαλοειδες διαυγής εφιδρωρατα

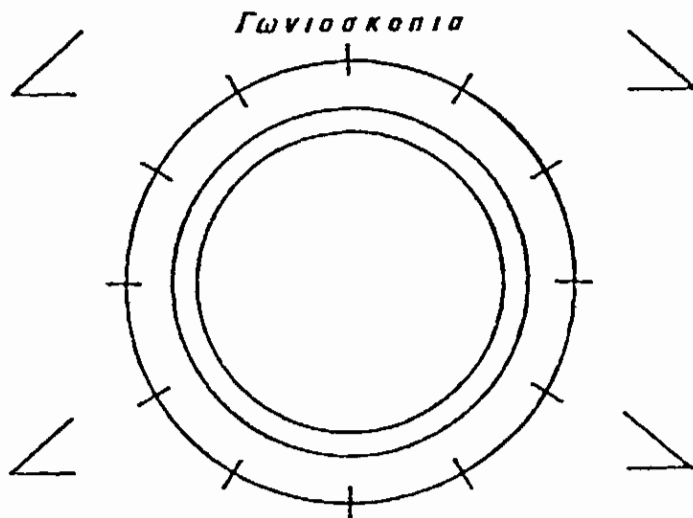
Βυθος Κατώτερη αποώρημη ρυτή 6^u υπα

Δακρ. Συσκευή

Κογχος

Οπτ. Πεδία

Παρατηρήσεις



ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ

ΘΑΛΑΜΟΣ: 5
 ΤΑΜΕΙΟ : ΟΣΣ
 ΔΙΑΙΤΑ :

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

1) Νο. Γεωργαυτίου Γεωργίου Ανδρέου Ηλικία 64 Ημέρα εισόδου 13 η 6 1988

ΦΑΡΜΑΚΑ ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΟΔΟΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ						
	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.
	Δ	Τ	Τ	Α	Α	Σ	
ΔΟΣΕΙΣ	13-6-88			16-6-88			19-6-88
ΩΡΕΣ			(14)				
οφθαλμο-μαξιλολ coll	1x6	-	→				
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ethid. amp				1x1			
ΔΟΣΕΙΣ				1x1			
ΩΡΕΣ							
corime amp				8-8			
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
Medrol 16 mg		1x2					
ΔΟΣΕΙΣ		1x2					
ΩΡΕΣ							
chorareu am M		1x3					
ΔΟΣΕΙΣ		1x3					
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							
ΔΟΣΕΙΣ							
ΩΡΕΣ							

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΔΕΛΦΗΣ 7-3
 3-11
 11-7

ΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΔΕΛΦΗΣ

ΑΡΙΘ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

022

ΕΠΩΝΥΜΙΑ Κ.Μ. ΘΑΛ.

ΟΝΟΜΑ Γεωργίου Παναγιώτης Δημήτριου

Ημερομηνία εισόδου 13-6-88 Αριθ. Μητρώου (Βιβλιαρ. νοσηλ.): Ετών: 64

Απελευθεύεται ως 19-6-88

Πατρών: Σωτήριος Θρησκεία: Χριστιανός ορθόδοξος Υπηκοότητα: Ελληνική

Επιμέριση ασθενή: Πάρος ΑΔ 10 Αγ. Λαζάρου Τηλέφωνο: 235.374

Επιμέριση συγγενών: Τηλέφωνο:

Κατάσταση ασθενή κατά την είσοδο: Φυσιολογική

Θερμοκρασία: 36.5°C Αριθμός σφύξεων: Αρτηριακή πίεση:

Θερμοκρασία: Αριθμός σφύξεων: Αρτηριακή πίεση:

Παρουσία κλινίτης: Οχι Φέρει κατακλίσεις: Οχι Εξάνθημα: Οχι

Παρουσία η γενική κατάσταση αυτού:

Κατάσταση διαγνώση: αποκολληση αμφιβληστροειδούς ΑΟ

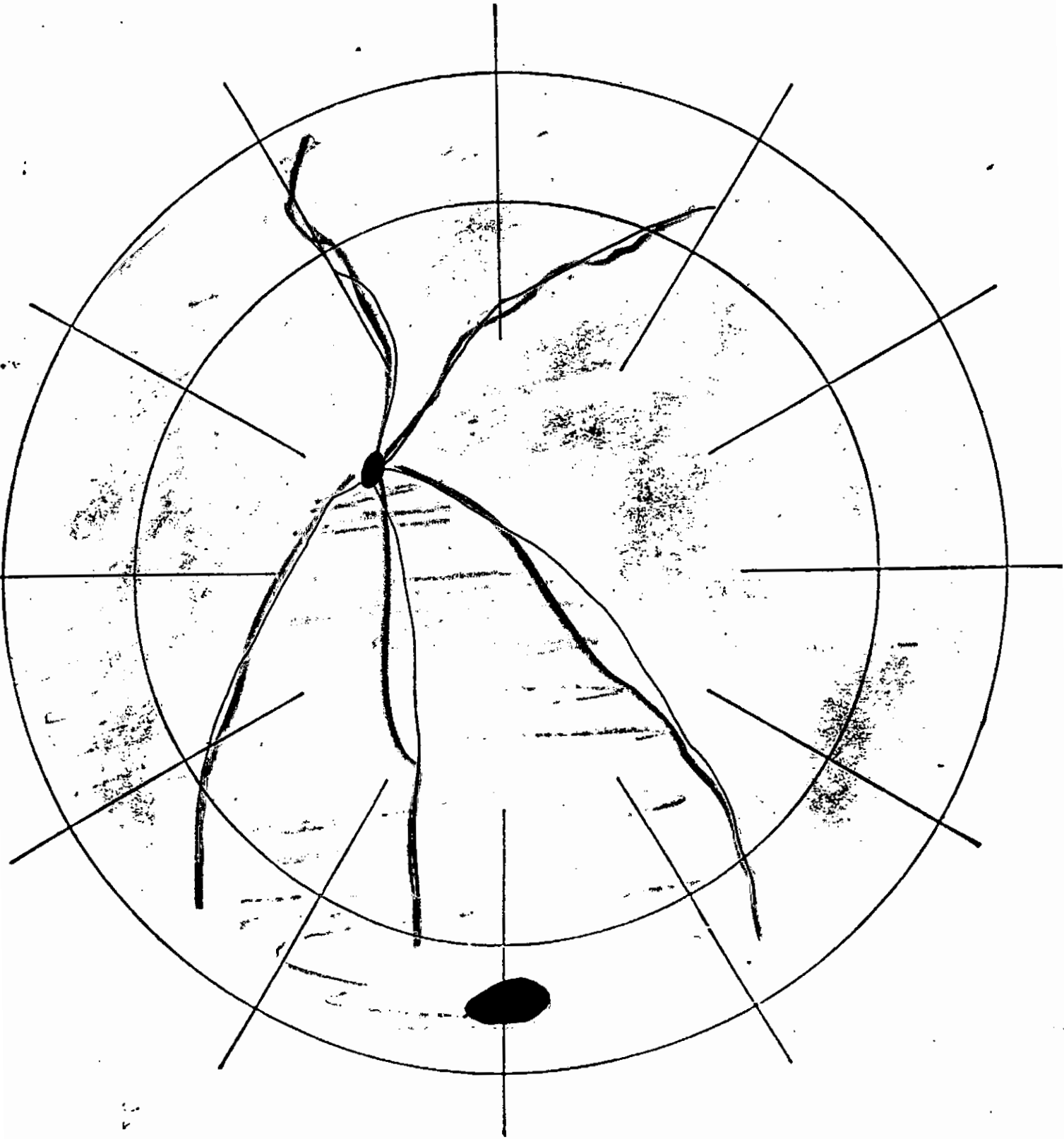
Παρουσία παραβούσα αδελφή:

Ημερομηνία εξόδου: 19-6-88

Υπογραφή Πρίσταμένης

ΕΡΟΜ.	13-6-88	Νέα εισαγωγή. έγινε η παρακέντηση	11-7-88	Μόλιος
	Α.Π. 115 mmHg			
	3-11-88	Μόλιος	11-7-88	Μόλιος
6	14-6-88	χειρουργήθηκε Μόλιος	3-11-88	Μόλιος
	επεισόδια			
	11-7-88	Μόλιος		
6	3-11-88	Μόλιος	11-7-88	Μόλιος
6	3-11-88	4	11-7-88	4
6	6-88	4	11-7-88	4
3-6-88	4	4	11-7-88	4
1-6-88	4	4	11-7-88	4

DETACHMENT CHART



Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αναγνωστάκης Α.
"Περί των οφθαλμικών παθών"
Τόμος ΙΙ Αθήνα 1871

- Μ. Αποστολάκης
"Στοιχεία Φυσιολογίας του ανθρώπου"
(Τόμος Δ' το νευρικό σύστημα),
Τεύχος ΙΙ, 1982

- Π. Παλμός, Ωραιόπουλος Δ.
"Στοιχεία Οφθαλμολογίας"
Αθήνα 1970

- Πολλόλης Σπύρος Α.
"Πάθηση των οφθαλμών"
Τόμος ΙΙΙ, Αθήνα 1982

- CLASSPOOL MICHAEL
"Τα μάτια"
Τόμος ΙΙ, Αθήνα 1984

- HOLLWICH FRITZ
"Εισαγωγή στην οφθαλμολογία"
Τόμος ΙΙ, Αθήνα 1984

- W. LEHDECKER
"Οφθαλμολογία" (Μετάφραση Μ. Μπεχράκης), 1982