

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: «ΟΞΥ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟ ΓΛΑΥΚΩΜΑ –
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΠΑΤΖΗ ΕΛΕΝΑ

~~ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ~~



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2000

02
THE 3320

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
• ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι</u>	3
• ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ	3
• ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ	10
• ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ	14
• ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ</u>	19
• ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	19
• ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	19
• ΜΟΡΦΕΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	19
• ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑ	20
• ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	22
• ΧΡΟΝΙΟ ΓΛΑΥΚΩΜΑ	23
• ΟΞΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑ	26
• ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΓΛΑΥΚΩΜΑ	30
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ</u>	32
• ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	32
• ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	37
• ΚΟΙΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΩΝ	37
• ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	39
• ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΟΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	40

• ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	41
• ΠΡΟΓΝΩΣΗ	42
• ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	42
• <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</u>	43
• ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	43
• ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	44
• ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
• <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V</u>	50
• ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	50
• ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	51
• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΡΑΣΗ	52
• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	54
• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	56
• ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	61
• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	64
• ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΛΑΥΚΩΜΑ	68
• Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	70

• ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΛΑΥΚΩΜΑ	73
• ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ	75
• ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΜΑΤΙΩΝ – ΠΡΟΛΗΨΗ	77
• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	79
• ΕΠΙΛΟΓΟΣ	91
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το γλαύκωμα είναι από τις πιο συνηθισμένες αρρώστιες τόσο συχνά που δεν περνά μέρα χωρίς ο οφθαλμίατρος να εξετάσει ή να συζητήσει για ασθενείς που πάσχουν από γλαύκωμα. Είναι ταυτόχρονα μια πάθηση για την οποία έγιναν και γίνονται πολλές πειραματικές και κλινικές έρευνες.

Το γλαύκωμα αποτελεί ένα από τα πιο σπουδαία κεφάλαια της οφθαλμολογίας. Είναι θέμα επίκαιρο και κρατά αμείωτο το ενδιαφέρον για μάθηση και έρευνα.

Η νοσηλεύτρια-της με τις βασικές γνώσεις οφθαλμολογίας και στοιχεία και παθολογίας του οφθαλμού που αποτελούν τα κύρια εφόδια καθώς και την άσκηση και την πληροφόρηση, θα πραγματοποιήσει τον σκοπό της και θα εκτελέσει το κύριο έργο της. Ανεξάρτητα βέβαια από το είδος του γλαυκώματος και την ιδιοσυγκρασία του αρρώστου, όλοι οι γλαυκωματικοί έχουν μια κοινή ανάγκη για πληροφόρηση. Κάθε γλαυκωματικός πρέπει να προσπαθήσει να κατανόηση την πάθηση του και να αναλάβει τις μεγαλύτερες δυνατές ευθύνες για τον χειρισμό και την αντιμετώπιση της αρρώστιας του και των επιπλοκών της.

Στη συνέχεια αυτής της εργασίας θα προσπαθήσω να εξηγήσω τι είναι γλαύκωμα και ποία η θεραπεία της. Δίνονται πληροφορίες σχετικά με την ανατομία και την φυσιολογία του ματιού .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα οξύ και χρόνια γλαύκωμα και νοσηλευτική φροντίδα έχει αναπτυχθεί σ' αυτή την εργασία σε 5 κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται η ανατομία, η φυσιολογία του οφθαλμού και η επιδημιολογία του γλαυκώματος.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο τι είναι γλαύκωμα και περιλαμβάνει όλες τις μορφές των γλαυκωμάτων και ιδιαίτερα στο οξύ και χρόνια γλαύκωμα.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την κλινική εικόνα του χρόνιου γλαυκώματος, την αιτιολογία του γλαυκώματος και την πρόγνωση και τις επιπλοκές.

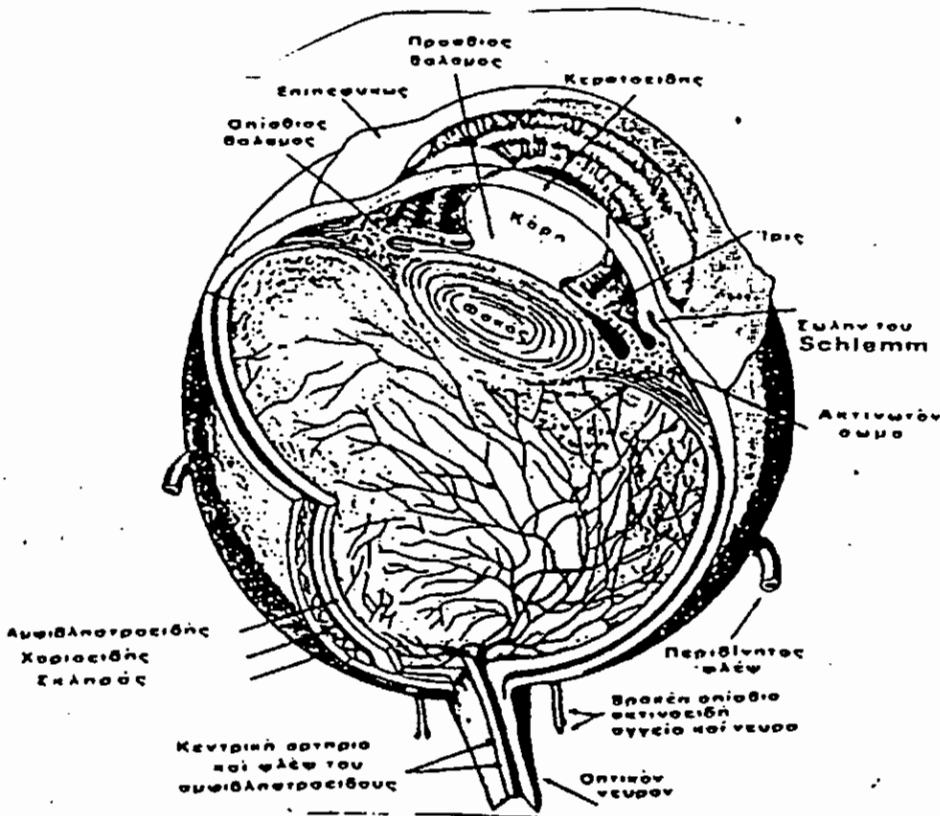
Στο τέταρτο κεφάλαιο παραθέτουμε τις θεραπείες του γλαυκώματος και στατιστικά στοιχεία της νόσου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται η προσέγγιση του ασθενή από τον επιστήμονα νοσηλευτή, σε όλα τα στάδια της παρουσίας της νόσου, τόσο στη διάγνωση όσο και στη συντηρητική ή και χειρουργική αντιμετώπιση, και τέλος αναφέρονται οδηγίες, που πρέπει να δίνονται σε ασθενείς, που επανέρχονται στην κοινότητα με ολική ή μερική θεραπεία των δύο αυτών μορφών της νόσου καταλήγει η αναφορά αυτή στο χρόνια και οξύ γλαύκωμα με τα συμπεράσματα τα οποία πηγάζουν μέσα από αυτή την εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Το μάτι βρίσκεται σε ειδική κοιλότητα του προσωπικού κρανίου που λέγεται κόγχος. Το μάτι αποτελείται από τον βολβό και τα εξαρτήματά του.



Εικόνα 1: Βολβός του οφθαλμού

Βολβός (εικόνα 1)

Έχει σχήμα ακανόνιστο σφαιρικό και αποτελείται από το τοίχωμα και το περιεχόμενο. Το τοίχωμα αποτελείται από τρεις χιτώνες. Οι χιτώνες αυτοί από έξω προς τα μέσα είναι:

Ινώδης χιτώνας

Αυτός προφυλάσσει το εσωτερικό του βολβού και βοηθά το μάτι να διατηρεί το κανονικό σχήμα του. Διαιρείται σε δύο μέρη: το

σκληρό και τον κερατοειδή. Ο σκληρός χιτώνας αποτελεί τα 5/6 του ιώδη. Είναι πραγματικά σκληρός στη σύσταση, λευκός στους ενήλικους, υποκίανος στα παιδιά και υποκίτρινος στους ηλικιωμένους. Είναι αδιαφανής χιτώνας. Σ' αυτόν προσφύονται οι μύες του ματιού και το πρόσθιο τμήμα του βολβού μεταπίπτει στον κερατοειδή. Η περιοχή όπου ενώνεται ο σκληρός με τον κερατοειδή ονομάζεται σκληροκερατοειδές όριο. Ο κερατοειδής χιτώνας αποτελεί το πρόσθιο τμήμα του ιώδη χιτώνα και είναι το 1/6 αυτού. Ο χιτώνας αυτός είναι διαφανείς και επιτρέπει στις φωτεινές ακτίνες να περάσουν μέσα στο μάτι .

Αγγειώδης χιτώνας

Βρίσκεται μέσα από τον ιώδη και είναι πλούσιος σε αιμοφόρα αγγεία για τη θρέψη των άλλων χιτώνων του ματιού, και κυρίως του αμφιβληστροειδή. Διακρίνεται σε τρία μέρη: Το χοριοειδή, που αποτελεί το οπίσθιο και μεγαλύτερο τμήμα του αγγειώδη χιτώνα. Αυτός αποτελείται κυρίως από αγγεία με κουκιά χρωστικής, ώστε να δίνει στο εσωτερικό του βολβού την απαραίτητη σκοτεινότητα για την οπτική του λειτουργία. Προς τα πίσω έχει τμήμα για τη δίοδο του οπτικού νεύρου και μπροστά απλώνεται περίπου μέχρι το μέσον του βολβού και στη συνέχεια γίνεται ακτινωτό σώμα. Η επιφάνεια του ακτινωτού σώματος προς το εσωτερικό του βολβού έχει προεξοχές, τις ακτινοειδείς προβολές, που υπάρχουν σαν ακτίνες γύρω από το φακό. Έξω από τις ακτινογραφοειδείς προβολές βρίσκεται ο ακτινωτός μυς, που προσαρμόζει το φακό για να βλέπει κοντά ή μακριά. Η ενέργεια αυτή μεταφέρεται στο φακό με παρά πολλές ίνες που απλώνονται μεταξύ του φακού και των ακτινοειδών προβολών και αποτελούν την ακτινωτή ζώνη. Μπροστά από το ακτινωτό σώμα βρίσκεται το

τρίτο τμήμα του αγγειώδη χιτώνα, η ίριδα. Η μετάπτωση του ακτινωτού σώματος στην ίριδα αντιστοιχεί εξωτερικά στη σκληροκερατοειδή στεφάνη. Στο μέσο της ίριδας υπάρχει ένα άνοιγμα η κόρη. Η κόρη μικραίνει ή μεγαλώνει το πλάτος της με την βοήθεια των λείων μυϊκών ινών της ίριδας που σχηματίζουν το σφιγκτήρα και διαστολές μυς της κόρης.

Αμφιβληστροειδής χιτώνας:

Είναι ο εσωτερικότερος και σπουδαιότερος και σ' αυτόν το φωτεινό ερέθισμα μετατρέπεται σε οπτική αίσθηση. Ο αμφιβληστροειδής αποτελείται από δύο πέταλα. Το ένα, αμέσως μέσα από το χοριοειδή, ονομάζεται μελάγχρουν επιθήλιο και τα κύτταρα του παράγουν μια χρωστική, την πορφύρα που βοηθά την όραση στο λυκόφως το βράδυ. Μέσα από το πέταλο βρίσκεται το νευρικό οπτικό πέταλο του αμφιβληστροειδή. Το πέταλο αυτό περιλαμβάνει ένα δίκτυο νευρικών κυττάρων και ινών από τα οποία αρχίζει το οπτικό νεύρο. Από τα νευρικά κύτταρα αυτά που βρίσκονται προς το μελάγχρουν επιθήλιο ονομάζονται οπτικά και έχουν αποφυάδες που ανάλογα με τη μορφή τους διακρίνονται σε ραβδία και κωνία .

Το περιεχόμενο του βολβού αποτελείται από:

- α) Το υδατοειδές υγρό βρίσκεται ανάμεσα στον κερατοειδές υγρό βρίσκεται ανάμεσα στον κερατοειδή και στον κρυσταλλοειδή φακό. Το μέρος του βολβού, που υπάρχει το υδατοειδές υγρό, ονομάζεται πρόσθιος θάλαμος και είναι υγρό διαφανές.
- β) Ο κρυσταλλοειδής φακός βρίσκεται πίσω από την ίριδα και μπροστά από το υαλοειδές υγρό.

γ) Το υαλοειδές σώμα ουσία πηκτοειδής, διαφανής και καταλαμβάνει ολόκληρο το χώρο που βρίσκεται μεταξύ φακού και αμφιβληστοριδή χιτώνα.

Εξαρτήματα του βολβού

Τα βλέφαρα προστατεύουν το βολβό από τις εξωτερικές επιδράσεις και τον κερατοειδή, που υγραίνεται από τα δάκρυα. Στα άκρα τους έχουν τις βλεφαρίδες. Ο επιπεφυκότας είναι λεπτός υμένας που σκεπάζει την εσωτερική επιφάνεια του σκληρού χιτώνα και σταματά στο σκληροκερατοειδές όριο.

Η δακρυϊκή συσκευή παράγει τα δάκρυα και με αυτήν αποχετεύονται. Το τμήμα που παράγει τα δάκρυα λέγεται εκκριτικό και το τμήμα που τα φέρνει στην μύτη λέγεται αποχετευτικό. Το εκκριτικό τμήμα αποτελείται από τα δακρυϊκά σημεία, τα δακρυϊκά σωληνάκια, το δακρυϊκό ασκό, που συγκεντρώνονται τα δάκρυα και το ρινοδακρυϊκό πόρο, που καταλήγει στη μύτη.

Το αισθητήριο της οράσεως ερεθίζεται από το φως. Οι φωτεινές ακτίνες πέφτουν στο μάτι και μπαίνουν μέσα σ' αυτό από το διαφανή κερατοειδή. Η κόρη ανάλογα με την ένταση του φωτός, μικραίνει ή πλαταίνει αυτόματα και ρυθμίζει πόσες ακτίνες θα μπουν στο εσωτερικό του βολβού, που μοιάζει με σκοτεινό θάλαμο φωτογραφικής μηχανής.

Πάνω στο αμφιβληστροειδή σχηματίζεται το καθαρό αλλά ανεστραμμένο είδωλο του αντικειμένου. Η προβολή των φωτεινών σημείων προκαλεί τον ερεθισμό του οπτικού νεύρου, που μεταβιβάζει 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 ώστε να βλέπουμε τα αντικείμενα κανονικά.

Υδατοειδές υγρό- Ενδοφθάλμια πίεση

Το υδατοειδές υγρό αποτελεί διαυγές ενδοφθάλμιο υγρό που από λειτουργική άποψη:

- α) Συμμετέχει στο μεταβολισμό του φακού,
- β) Ρυθμίζει την ενδοφθάλμια πίεση και
- γ) Εξυπηρετεί τη διάθλαση.

Παραγωγή του υδατοειδούς υγρού, το υδατοειδές υγρό παράγεται από το επιθήλιο των ακτινοειδών προβολών του ακτινωτού σώματος.

Κάθε ακτινοειδής προβολή αποτελείται από το σώμα και το επιθήλιο. Το σώμα αποτελείται από συνδετικό ιστό, μέσα στο οποίο υπάρχει αρτηρίδιο που διακλαδίζεται σε τριχοειδή, από τα οποία σχηματίζονται τα απαγωγά φλεβίδια. Το σώμα καλύπτεται από δύστιβο επιθήλιο του οποίου η μεν εσωτερική στιβάδα φέρει χρωστικοφόρα κύτταρα, η δε εξωτερική, κύτταρα στερούμενα χρωστικής (διαυγή κύτταρα). Από το αγγειακό δίκτυο των ακτινοειδών προβολών εξέρχεται ορός, ο οποίος κατά την δίοδο του δια μέσου των στιβάδων των επιθηλιακών κυττάρων, εμπλουτίζεται με διάφορες ουσίες με μια σειρά ενζυμικών μηχανισμών και εξέρχεται στον οπίσθιο θάλαμο με τη μορφή υδατοειδούς υγρού.

Ενδοφθάλμια κυκλοφορία υδατοειδούς υγρού: το παραγόμενο υδατοειδές υγρό από τον οπίσθιο θάλαμο μεταβαίνει δια μέσου της κόρης, στον πρόσθιο θάλαμο.

Αποχέτευση του υδατοειδούς υγρού: η αποχέτευση του υδατοειδούς υγρού επιτελείται δια της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου, η οποία αφορίζεται προς τα μπρος μεν από την περιφέρεια

της οπίσθιας επιφάνειας του κερατοειδούς, προς τα πίσω δε από το πρόσθιο τμήμα του ακτινωτού σώματος και την ρίζα της ίριδας. Το αποχετευτικό σύστημα της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου αποτελείται απο, εκ των έσω προς τα έξω, από τα εξής λειτουργικά στοιχεία:

α) Το σκληροκερατοειδικό ηθμό (trabeculum), ο οποίος αποτελείται απο διαπλεκόμενα διάτρητα πετάλια απο συνδετικό ιστό, που σχηματίζουν πολύπλοκο δίκτυο.

β) Το σωλήνα του schlemm, ένα δακτυλιοειδή αποπλατυσμένο σωλήνα του οποίου το τοίχωμα αποτελείται απο ένα στίχο ενδοθηλιακών κυττάρων και περιέχει αίμα και υδατοειδές υγρό.

γ) Τα αθροιστικά σωληνάκια είναι 25-30 πολλαπλά αναστομούμενα. Τα πιο μεγάλα απ' αυτά κατα την πορεία τους στο επισκλήριο καλούνται υδάτινες φλέβες.

Το υδατοειδές υγρό απάγεται στη συνέχεια με το ενδοσκλήριο ή το επισκλήριο φλεβικό πλέγμα προς τη φλεβική κυκλοφορία.

Κάθε μεταβολή της παραγωγής, της ενδοφθάλμιας κυκλοφορίας και της αποχέτευσης του υδατοειδούς υγρού προκαλεί διαταραχή της ενδοφθάλμιας πίεσης, που εκδηλώνεται με τη μορφή αύξηση ή ελάττωση αυτής.

Στην κλινική πράξη οι συνθήκες αποχέτευσης του υδατοειδούς υγρού μελετώνται με τη γωνιοσκοπία, δηλαδή την επισκόπηση της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου με τη σχιμοειδή λυχνία, με τη βοήθεια φακού επαφής που φέρεται ένθετο κάτοπτρο. Κατα τη γωνιοσκοπία παρατηρούνται ο μυχός της γωνίας και τα ανατομικά στοιχεία που εντοπίζονται σ' αυτήν. Τα στοιχεία αυτά

απο τον κερατοειδή προς την ίριδα είναι: ο δακτύλιος του schwalbe, που αντιστοιχεί στο τέλος του δεσκεμέτειου υμένα, ο σκληροκερατοειδικός ηθμός, ο σωλήνας του schlemm που φαίνεται στα νέα άτομα σαν ερυθρή κυκλότερης γραμμή, ο σκληρακός τετερνιστήρας, που αντιστοιχεί προς το σημείο επαφής μεταξύ σκληρού ή κερατοειδούς, και ο χοριοειδικός ηθμός που αντιστοιχεί στη βάση του ακτινωτού σώματος.

Η γωνία του πρόσθιου θαλάμου, ανάλογα με το εύρος της διακρίνεται σε ευρεία (μεγαλύτερη των 30), μέτρια (15-30) και στενή (μικρότερη των 15).

Ενδοφθάλμια πίεση: η ενδοφθάλμια πίεση δημιουργείται αφ' ενός απο την αντίσταση του τοιχώματος του βολβού αφ' ετέρου δε απο τον όγκο του περιεχομένου υδατοειδούς υγρού και καλοειδούς σώματος. Απ' αυτά μόνο ο όγκος του υδατοειδούς υγρού μεταβάλλεται σημαντικά και γι' αυτό αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα ρύθμισης της ενδοφθάλμιας πίεσης. Η ενδοφθάλμια πίεση μετριέται με ειδικά όργανα τα τονόμετρα, τα οποία υπάρχουν δύο είδη: α) τονόμετρο εμβύθμισης που είναι πιο εύχρηστο και β) το τονόμετρο επιπέδωσης που είναι μεγαλύτερης ακρίβειας.

Η φυσιολογική τιμή της ενδοφθάλμιας πίεσης κυμαίνεται στατιστικά μεταξύ 10 και 24 mmHg, με μέση τιμή 16 και 2 mmHg. Το θέμα της φυσιολογικής τιμής της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι αρκετά περίπλοκο. Βασικά η ενδοφθάλμια πίεση παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά την διάρκεια του 24ωρου που μπορούν να φθάσουν ή και να υπερβούν τα 5 mmHg. Επί πλέον, η ενδοφθάλμια πίεση επηρεάζεται απο πολλούς σωματικούς και ψυχικούς παράγοντες. Γι' αυτό ο καθορισμός συγκεκριμένων φυσιολογικών ορών της τιμής της ενδοφθάλμιας πίεσης δεν είναι δυνατός.

Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Ο οφθαλμός παρουσιάζει πολύ ενδιαφέροντα θέματα που αφορούν, τη θρέψη του, την επίδραση του φωτός πάνω του, την αισθητικότητα, την ικανότητα για προσαρμογή και κυρίως την αισθητηριακή του λειτουργία.

Η θρέψη του οφθαλμού, για μεγάλο χρονικό διάστημα απασχόλησε τους ερευνητές. Το αίμα δεν φθάνει σε όλα τα λεπτά μέρη του οργάνου για να θρέψει τους ιστούς του.

Ο κερατοειδής, ο κρυσταλλοειδής φακός, το υαλοειδές σώμα στερούνται αγγείων. Ο χοριοειδής χιτώνας παράγει τα ενδοφθάλμια υγρά, με τα οποία διατρέφεται μέρος των ιστών του οφθαλμού, που είναι χωρίς αγγεία. Έτσι και ο χοριοειδής γίνεται θρεπτικό όργανο. Στο κύριο οπτικό τμήμα του οφθαλμού, δηλαδή τον αμφιβληστροειδή, οι ανά στομώσεις των κλάδων της κεντρικής αρτηρίας μαζί με τα αγγεία του χοριοειδή είναι ασήμαντες. Οι αρτηρίες είναι τελικές, ώστε σε κάποια βλάβη του δεν βοηθείται η επανόρθωση με την παράπλευρη κυκλοφορία.

Αλλοιώσεις της έσω καρωτίδας έχουν επίδραση στο οπτικό νεύρο και στον αμφιβληστροειδή, δεδομένου ότι η κεντρική και οφθαλμική αρτηρία του αμφιβληστροειδή, από την οποία αρχίζει, είναι κλάδοι της καρωτίδας.

Το συμπαθητικό επιδρά στην κυκλοφορία των αγγείων του αμφιβληστροειδή στα οποία προκαλεί στένωση σε ερεθισμό του. Η λεμφική κυκλοφορία είναι σημαντική για την θρέψη του κερατοειδή, του φακού, του υαλοειδούς σώματος, η θρέψη των οποίων γίνεται με την επιφάνειά τους. Το υαλοειδές σώμα παρουσιάζει ελάχιστη ανταλλαγή της ύλης.

Ο κερατοειδής πρέπει να θεωρηθεί σαν διηθητική μεμβράνη και παρά την τεράστια αντίσταση, την οποία παρουσιάζει η κατασκευή του επιτρέπει την διόδο των φαρμάκων που επιδρούν στην ενδοφθάλμια οικονομία του ματιού.

Η αισθητικότητα ορισμένων μέρων του οφθαλμού είναι εξαιρετικά μεγάλη. Πιο ευαίσθητος είναι ο κερατοειδής χιτώνας, εξαιτίας της αφθονίας των νευρικών απολήξεων των ακτινοειδών νεύρων. Ο επιπεφυκότας είναι λιγότερο ευαίσθητος. Η ίριδα και το ακτινωτό σώμα είναι ευαίσθητα και αυτό φαίνεται από τον πόνο που προκαλούν σε φλεγμονές, αλλά και γενικότερα σε ενδοφθάλμια παθολογικά φαινόμενα, όπως μεγάλη αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης στο οξύ γλαύκωμα.

Η αισθητικότητα του οφθαλμού μπορεί να προκαλέσει αντανακλαστικά φαινόμενα σε απομακρυσμένες περιοχές και όργανα. Για παράδειγμα το οφθαλμοκαρδιακό αντανακλαστικό, όπου η πίεση των βολβών του οφθαλμού προκαλείται βραδυσφυγμία με τις νευρικές οδούς, του τρίδυμου και του πνευμονογαστρικού, στη καρδιά.

Στο οξύ γλαύκωμα προκαλείται εμετός, ναυτία. Με την επίδραση του φωτός μπορεί να προκληθεί παθολογικό αντανακλαστικό πτέρνισμα.

Φυσιοχημικές αντιδράσεις επιτελούνται με το φως και είναι φυσιολογικές. Παράδειγμα φυσιοχημικές αντίδρασης είναι η πορφύρα που με το φως γίνεται πιο κίτρινη, η αντίδραση του αμφιβληστροειδή όξινη, ενώ στο σκοτάδι είναι αλκαλική.

Προσαρμογή είναι η ιδιότητα του φακού να μεταβάλλει την εστιακή απόσταση του φακού με τη βοήθεια του προσαρμοστήρα μύ, έτσι ώστε να καθιστά καθαρή την όραση τόσο των κοντινών όσο

και των μακρινών αντικειμένων. Ο φυσιολογικός οφθαλμός είναι ικανός να δει καθαρά στο 0,10 του μέτρου (Punctum Proximum) απο μακριά θεωρητικά στο άπειρο (Punctum Remotum).

Η αισθητήρια λειτουργία του οφθαλμού αποτελεί το ανώτερο αισθητηριακό φαινόμενο. Σ' αυτήν υπάγεται:

- α) Η αντίληψη του φωτός.
- β) Η αντίληψη των εξωτερικών αντικειμένων και του χώρου.
- γ) Η αντίληψη των χρωμάτων.

Φυσιολογικά ο οφθαλμός και κυρίως ο αμφιβληστροειδής είναι το όργανο, το οποίο μεταβιβάζει, με το φως, το προκαλούμενο οπτικό ερέθισμα στον εγκέφαλο και στο ψυχικό κέντρο, μέσω του οποίου βλέπουμε.

Η αντίληψη των εξωτερικών αντικειμένων και του χώρου και στο πως αυτά προβάλλονται αναφέρθηκε στη φυσιολογία της όρασης.

Εκτός απο την αντίληψη του φωτός, του χώρου, των αντικειμένων, ο οφθαλμός έχει την ικανότητα της αντίληψης των χρωμάτων. Η αντίληψη των χρωμάτων αποτελεί πολύπλοκη αισθητηριακή λειτουργία και είναι εξελιγμένη για κάθε αισθητηριακό μηχανισμό.

Τα περισσότερα θηλαστικά βλέπουν αχρωματικό ή φαιό τον κόσμο. Αντίθετα, ο αριθμός των χρωματικών τόνων των οποίων η διάκριση γίνεται δυνατή απο τον ανθρώπινο οφθαλμό, υπερβαίνει τους χίλιους.

Τα κύρια χρώματα αποτελούν τα 7 του ηλιακού φάσματος, η ανάμιξη των οποίων μας δίνει την απειρία των χρωμάτων της φύσης.

Τα χρώματα γίνονται αντιληπτά με τα κωνία, ο αμφιβληστροειδής διεγείρεται απο το ορατό μόνο και μικρό μέρος του απέραντου ηλιακού φάσματος.

Οι μακριές ακτίνες μήκους πάνω απο 760 μμ είναι οι υπέρυθρες, οι μικρές κάτω των 380μμ, είναι οι υπεριώδεις. Και τα δύο είδη των ακτινών δεν είναι ορατά, οι μεν πρώτες δρουν θερμαντικά, οι δε δεύτερες χημικά. Πάντως και οι δύο επιφέρουν βλάβες στο αμφιβληστροειδή. Θεμελιώδη χρώματα είναι το κόκκινο, πράσινο, κίτρινο και το κυανό. Κόκκινο και πράσινο, κίτρινο και κυανό αποτελούν ζεύγη και ονομάζονται αντίθετα, γιατί δεν μπορούμε να τα δούμε ταυτόχρονα. Εάν αναμιχθούν το ένα εξουδετερώνει το άλλο.

Για την εξήγηση την αντίληψη των χρωμάτων, υπάρχουν άπειρες θεωρίες και παρά πολλές μελετήθηκαν και απο φιλοσόφους όπως ο ΓΚΑΙΤΕ.

Οι επικρατέστερες σήμερα θεωρίες, όσον αφορά την αντίληψη των χρωμάτων και που αναφέρονται στη φυσιολογία είναι

α) Η θεωρία των Junk-Helmholtz.

β) Η θεωρία του Hering.

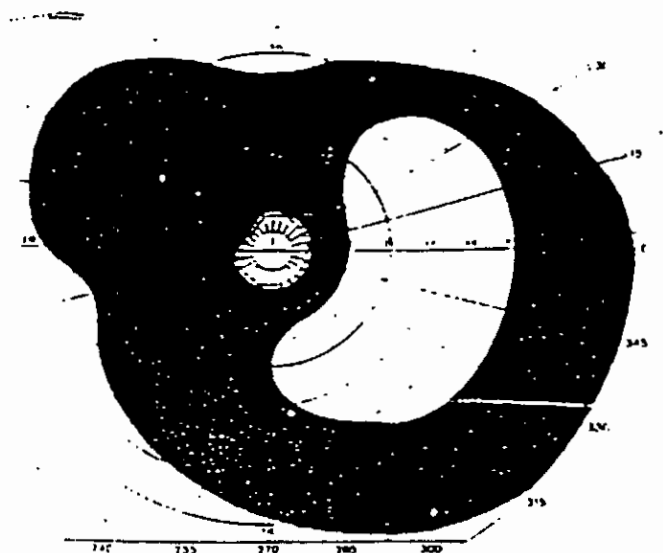
Κατα την θεωρία του Jung-Helmholtz υπάρχουν 3 είδη κωνιών. Τα πρώτα διεγείρονται κυρίως απο το πράσινο και λιγότερο απο το κόκκινο. Η ταυτόχρονη επίδραση δημιουργεί το λευκό φως. Σύμφωνα με την θεωρία του Hering στα οπτικά κύτταρα υπάρχουν χημικές ουσίες που ανήκουν και στα τρία ζεύγη των ανταγωνιστικών χρωμάτων. Η κατανόηση του δυσχερούς προβλήματος του μηχανισμού της αντίληψης των χρωμάτων, βοηθήθηκε τελευταία απο τις ανακαλύψεις ερευνητών, όπως οι Studnits και Granit.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η παθολογοανατομική μελέτη του γλαυκώματος καθυστέρησε σημαντικά, κυρίως γιατί τα ιστολογικά παρασκευάσματα που εξετάζονταν προέρχονταν από οφθαλμούς με πολύ προχωρημένο ή και απόλυτο γλαύκωμα. Μόνο το τελευταία χρόνια μελετήθηκε με το κοινό και το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σημαντικός αριθμός ιστολογικών παρασκευασμάτων από τρουμπεκουλεκτομές που έδωσε τεράστια διεύρυνση στις παθολογοανατομικές γνώσεις για το χρόνο απλούν γλαύκωμα.

Κατ' αρχήν βρέθηκε ότι το 10-15% των οφθαλμών, ατόμων άνω των 50 χρόνων παρουσιάζουν πρωτοπαθή υάλινη εκφύλιση της γωνίας, που αρχίζει από το διηθητικό ηθμό και σταδιακά επεκτείνεται στο σωλήνα του Schlemm και τα συλλεκτικά σωληνάρια. Οι εναλλαγές χαρακτηρίζονται από κατακερματισμό των κολλαγόνων ινών που δημιουργούν μικρά σωματίδια, όμοια με τα σωματίδια Hassall-Henle, σε ελάττωση των ενδοθηλιακών κυττάρων που μετά γίνονται κενοτοπιώδη, και σε δημιουργία προσφύσεων ανάμεσα στα τοιχώματα του ηθμού και το σωλήνα του Schlemm.

Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο επιβεβαίωσε τα ευρήματα αυτά και συμπλήρωσε πολλές λεπτομέρειες της παθολογοανατομικής εικόνας του χρόνιου απλού γλαυκώματος. (εικόνα 2)



Εικόνα 2: Προχωρημένο στάδιο βλάβης του οπτικού πεδίου σε γλαύκωμα

Η βασική μεμβράνη του παρασκληναρίου τμήματος του διηθητικού ηθμού γίνεται παχύτερη, τα ενδοθηλιακά κύτταρα ελαττώνονται σε αριθμό, οι εξωκυττάρια ουσίες αυξάνονται σε ποσότητα και κυρίως εναποτίθενται πλακώδη εξιδρώματα κάτω από τα ενδοθηλιακά κύτταρα που στην αρχή περιέχουν μόνο λίγο μικροσωληνάρια τα οποία σε προχωρημένα στάδια ελαττώνονται ακόμα περισσότερο ή εξαφανίζονται τελείως. Οι πλακώδεις εναποθέσεις κάτω από τα ενδοθηλιακά κύτταρα είναι σκοτεινές γραμμοειδείς, έχουν περιοδικότητα που πλησιάζει των ελαστικών ινών και περιβάλλονται από ομοιογενή πυκνή ουσία.

Σε όλες τις περιπτώσεις χρόνιου απλού γλαυκώματος ανευρίσκεται και άφθονη εξωκυττάρια ουσία, που εναποτίθεται στα μεσοδιαστήματα των φύλλων του παρασκληνίου τμήματος του διηθητικού ηθμού και αποφράσσει τις διόδους του υδατοειδούς. Στο δευτεροπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας οι ουσίες αυτές

αναγνωρίζονται εύκολα π.χ. στο γλαύκωμα απο χρήση οχυμοθρυμίνης η ουσία προέρχεται απο τις ζίννειες ίνες και στο ψευδοαποφιλιδωτικό γλαύκωμα η ομοιογενές η ελαφρά ινώδης ουσία είναι ίδια με αυτή που ανευρίσκεται στην επιφάνεια της κάψας του φακού.

Στο χρόνιο απλούν γλαύκωμα η ουσία που αποφράσσει τις διόδους είναι κουκκιώδεις ή ελαφρά ινώδης και περιβάλλεται απο ομοιογενή ύλη αραιής υφής. Η ουσία αυτή μελετήθηκε συστηματικά σε ιστικές καλλιέργειες, στις οποίες διατηρήθηκαν *in vitro* επί μακρό χρονικό διάστημα (έως και δύο χρόνια) ενδοθηλιακά κύτταρα του διηθητικού ηθμού. Με τη χρησιμοποίηση σεσημασμένης 14-c-προλίνης αποδείχτηκε ότι τα ενδοθηλιακά κύτταρα μπορούν να συνθέσουν υδροξυπρολίνη που είναι πρόδρομος ουσία στη σύνθεση κολλαγόνου. Με παρόμοια πειράματα αποδείχτηκε ότι τα ενδοθηλιακά κύτταρα μπορούν να συνθέσουν και θειικά βλεννοσακχαρίδια που αποτελούνται απο θειική Β-χονδροϊτινη και καλουρονικό οξύ. Αποδείχτηκε δηλαδή ότι τα ενδοθηλιακά κύτταρα συμπεριφερόμενα σαν ινοβλάστες έχουν την ικανότητα να συνθέτουν την βασική ουσία και τους προδρόμους των κολλαγόνων και ελαστικών ινών καθώς και διάφορα βλεννοπολυσακχαρίδια. Οι εξωκυττάρειες όμως ουσίες που παράγονται στην ιστική καλλιέργεια είναι πολύ περισσότερες απ' όσες ανευρίσκονται στους ζωντανούς ιστούς και πρόσφατα προτάθηκε η θεωρία ότι οι ουσίες αυτές παράγονται μεν συνεχώς, αλλά παράλληλα, παρασύρονται απο τη ροή του υδατοειδούς και εναποτίθενται μόνο σε περιπτώσεις που η ροή ελαττώνεται απο οποιαδήποτε αιτία.

Παράλληλα με όσα αναφέρθηκαν, παρατηρείται στένωση και αργότερα απόφραξη των ενδοσκληρικών συλλεκτικών σωληναρίων,

τα οποία σε προχωρημένο στάδιο, μοιάζουν με απλές σχέσεις του σκληρού, που καλύπτονται από μονοκυττάρια στρώμα ενδοθηλιακών κυττάρων. Αυτό οδήγησε διάφορους ερευνητές στην υπόθεση ότι οι εναλλαγές των σωληναρίων είναι πρωτοπαθείς και οφείλονται σε σκλήρυνση των τοιχωμάτων του σκληρού ή σε εναπόθεση βλεννοπολυσακχαριδίων στην έξοδο των σωληναρίων από το σκληρό (που πραγματικά αποδείχτηκε) και ότι οι εκφυλίσεις του διηθητικού ηθμού είναι δευτεροπαθείς. Με τις σημερινές γνώσεις δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι παθολογοανατομικές μεταβολές μιας ή άλλης μορφής ανευρίσκονται στο χρόνιο απλό γλαύκωμα, δεν έχει όμως ακόμα διευκρινιστεί αν αποτελούν αιτία ή αποτέλεσμα της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Η επιδημιολογία του γλαυκώματος σημείωσε σημαντική πρόοδο τα τελευταία χρόνια και πρόσφερε πολλά θετικά και λίγα αρνητικά αποτελέσματα. Οι πρώτες επιδημιολογικές έρευνες, των οποίων τα κριτήρια επιλογής και αξιολογήσεως ήταν λανθασμένα, προσέφεραν αρνητικά αποτελέσματα για να φθάσουμε σε μια χρονική περίοδο, μέχρι το 1965 περίπου, όπου ενδοφθάλμιος πίεση μεγαλύτερη της αποκλίσεως των 26 η τιμή του C μικρότερη των 26 να θεωρείται ως αρχή γλαυκώματος και να δημιουργηθεί έτσι ένας μεγάλος πλασματικός αριθμός γλαυκωματικών, οι οποίοι υποβάλλοντο σε άσκοπη θεραπεία.

Μετά τις εργασίες του Graha, όπου τα κριτήρια επιλογής και αξιολόγησης ήταν πιο συγκεκριμένα ή τυποποιημένα, εδείχθη ότι ο πληθυσμός με αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση είναι 10 φορές μεγαλύτερος από αυτόν που έχει εγκατεστημένο γλαύκωμα ή

ενδοφθάλμιος πίεση, αν και υψηλή δεν ξεπερνά τα όρια της αποκλίσεως του 26. Οι μελέτες αυτές αποτέλεσαν την αφορμή ώστε να αναζητηθούν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες οι οποίοι ευαισθητοποιούν την οπτική θηλή, όπως είναι η ηλικία, η κληρονομικότητα και διάφορα άλλα συστηματικά νοσήματα.

Η ελληνική συμμετοχή στην επιδημιολογία του γλαυκώματος είναι αξιόλογη. Οι εξεταστικές μέθοδοι έχουν αλλάξει ριζικά. Οι παλιές μέθοδοι όπως η τονομετρία, η περιμετρία και η γωνιοσκοπία έχουν σημαντικά βελτιωθεί, με την εισαγωγή των απολύτου ακριβείας τονομέτρων επιπεδώσεως, των θολωτών περιμέτρων τύπου Goldman, στατιστικής και κινητικής περιμετρίας και τελευταία της αυτοματοποιημένης περιμετρίας όπου είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν η πρόιμη βλάβη του οπτικού πεδίου, της καλού επαφής του Goldman η οποία έχει απλοποιήσει την εξέταση της γωνίας, ενώ έχουν προστεθεί καινούργιες εξεταστικές μέθοδοι όπως η τονογραφία η βιομικροσκόπηση, η βιομετρία, η φωτογράφιση, απλή, έγχρωμη ή στερεοσκοπική και η φλουροαγγειογραφία της οπτικής θηλής και περιθηλαίας περιοχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Υπό τον όρο 'γλαύκωμα' περιλαμβάνονται διάφορες παθήσεις του ματιού που έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, συνέπεια της οποίας επέρχονται δευτεροπαθής αλλοιώσεις απο το οπτικό πεδίο και ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Το γλαύκωμα εκδηλώνεται με ποικίλες μορφές και γι' αυτό διακρίνουμε διάφορες κατηγορίες αυτού. Βασικά τα γλαυκώματα διαιρούνται σε:

- 1) Συγγενές γλαύκωμα
- 2) Επίκτητο γλαύκωμα
- 3.α) Πρωτοπαθές γλαύκωμα
 - ι) Χρόνιο απλούν
 - ιι) Κλειστής γωνίας
- 3.β) Δευτεροπαθές γλαύκωμα.

ΜΟΡΦΕΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Συγγενές γλαύκωμα, ονομάζεται το γλαύκωμα που οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες της γωνίας που υπάρχουν κατα την γέννηση του παιδιού.

Το συγγενές γλαύκωμα υποδιαιρείται σε: Α) πρωτοπαθές συγγενές γλαύκωμα. Αυτό διακρίνεται σε: α) παιδικό γλαύκωμα β) νεανικό γλαύκωμα που διακρίνεται σε:

- παραμελημένο παιδικό γλαύκωμα .
- γνήσιο νεανικό γλαύκωμα.
- συγγενές γλαύκωμα των ενηλίκων.
- γλαύκωμα της κλειστής γωνίας.

B) γλαύκωμα και συγγενείς ανωμαλίες του οφθαλμού.

Πολλές συγγενείς ανωμαλίες του πρόσθιου ημιμορίου συνοδεύονται συχνά απο γλαύκωμα. Συνηθέστερες είναι:

1. ανωμαλίες του κερατοειδούς.
2. ανωμαλίες της ίριδας.
3. ανωμαλίες του φακού.
4. φακωματώσεις.
5. νόσοι απο μεσοδερμικές δυσπλασίες.
6. μεταβολικές νόσοι.
7. διάφορα γενετικά καθοριζόμενα νοσήματα.
8. διάφορα νοσήματα.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

1. Το παιδικό γλαύκωμα εμφανίζεται συνήθως πρώιμα. Περισσότερες απο 60% των περιπτώσεων συγγενούς γλαυκώματος εκδηλώνεται κατα τους πρώτους 6 μήνες της ζωής και πέρα απο 80% μέχρι το τέλος του πρώτου χρόνου. Η νόσος προσβάλλει συχνότερα τα αγόρια (σε ποσοστό 60-65%) και είναι αμφοτερόπλευρη σε 80% περίπου των περιπτώσεων. Έχει κάποια κληρονομική προδιάθεση και οφείλεται στο ότι μια μεμβράνη σκεπάζει τη γωνία απ' όπου αποχετεύεται το υδατώδες υγρό. Καθώς όμως το υδατώδες υγρό δεν αποχετεύεται, αυξάνεται η πίεση του. Επειδή τα τοιχώματα του βολβού του ματιού είναι ακόμη πιο

ευένδοτα και ελαστικά, η αυξανόμενη αυτή πίεση τα κάνει να διαταθούν και μεγαλώνει ο βολβός, το μάτι μοιάζει σαν του βοδιού γι αυτό το συγγενές γλαύκωμα το λένε και “βουφθαλμός”. Ο κερατοειδής απο την αυξημένη πίεση θολώνει και γίνεται οιδηματώδης και το μικρό παιδί δακρύζει και έχει φωτοφοβία. Κλινικά το συγγενές γλαύκωμα εκδηλώνεται

-αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης .

-αύξηση του όγκου του οφθαλμού .

-αύξηση της διαμέτρου του κερατοειδούς.

1. Εάν η νόσος διαγνωσθεί κατα την γέννηση, τότε απαιτούνται κατα μέσο όρο 4 εγχειρήσεις σε κάθε οφθαλμό για να επιτευχθεί ομαλοποίηση της πίεσης και 80% των οφθαλμών παραμένουν τελικά με πολύ κακή όραση.

2. Εάν η νόσος διαγνωσθεί μετά την γέννηση αλλά πριν τον έκτο μήνα απαιτούνται τουλάχιστον 1,8 εγχειρήσεις σε κάθε οφθαλμό, ικανοποιητική όραση αποκαθίσταται στους μισούς ασθενείς και μόνο 25% των ασθενών αποκτούν τελικά όραση καλύτερη απο 5/10.

3. Εάν η νόσος διαγνωσθεί μεταξύ του 6 μηνός και του 3 έτους απαιτούνται κατά μέσο όρο 1,7 επεμβάσεις και περισσότερο απο 50% των ασθενών αποκτούν τελικά όραση καλύτερη απο 5/10. Η θεραπεία του συγγενούς γλαυκώματος είναι βασικά χειρουργική, ενώ η συντηρητική αγωγή απλώς συμπληρώνει την πρώτη.

Στη χειρουργική θεραπεία οι κυριότερες επεμβάσεις είναι

α) γωνιοτομία δηλαδή διάνοιξη της πρόσθιας γωνίας που παρουσιάζει λιγότερους κινδύνους και επιπλοκές, μπορεί να

επαναληφθεί 3 και 4 φορές και δίνει στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα.

β) γωνιοκέντηση που γίνεται κάτω απο άμεση επισκόπηση κατα την οποία εισάγεται απο το σκληροκερατοειδές όριο λεπτότατο μαχαιρίδιο προς το εκ διαμέτρου αντίθετο τμήμα της γωνίας.

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

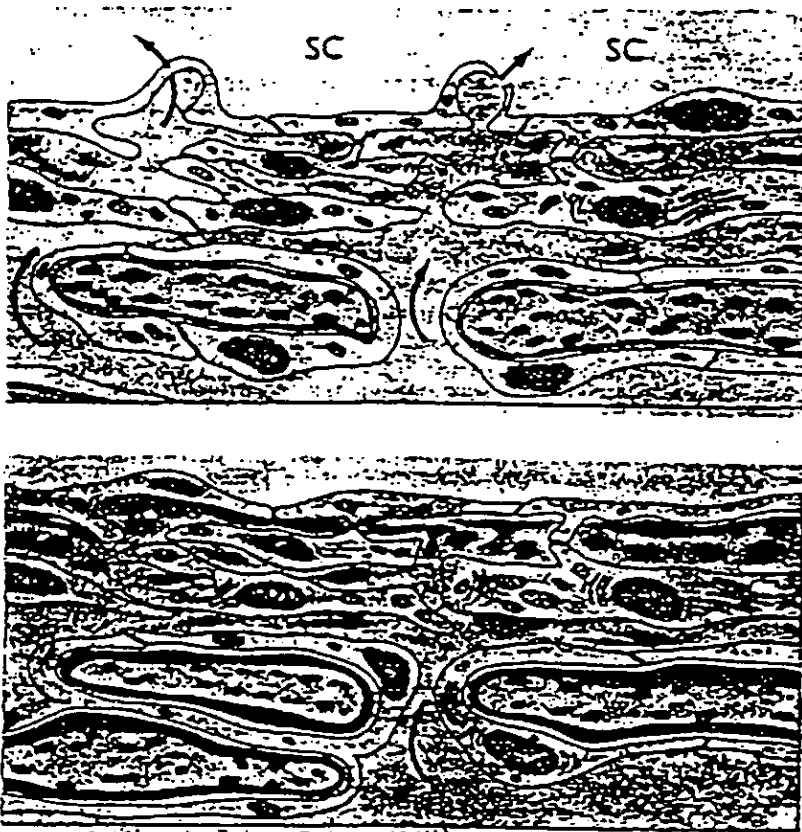
α) Νεογνοκό γλαύκωμα, όταν το συγγενές γλαύκωμα διαγνωσθεί κατα την γέννηση τότε υπάρχει έντονη διόγκωση του βολβού και εκτεταμένη θολερότητα του κερατοειδούς. Η νόσος θεωρείται επείγουσα χειρουργική κατάσταση που απαιτεί άμεση επέμβαση κάτω απο πολύ δυσχερείς συνθήκες, και συνήθως χρειάζονται πολλές εγχειρήσεις μέχρις ότου το 50% των περιπτώσεων, κατορθωθεί τελικά η ομαλοποίηση της ενδοφθάλμιας πίεσης.

β) Βρεφικό γλαύκωμα, όταν η νόσος εκδηλωθεί μετά την περιγεννητική περίοδο, είναι συνήθως ηπιότερη και οι αποχετευτικές δίοδοι έχουν κάπου λειτουργική ικανότητα, ώστε η διόγκωση του βολβού είναι μικρότερη η ενδοφθάλμια πίεση σχετικά χαμηλότερη και ο οφθαλμός μπορεί να χειρουργηθεί κάτω απο άμεση επισκόπηση. Στις περιπτώσεις αυτές η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη, ιδίως εάν η διάγνωση έγινε μετά το δεύτερο μήνα.

γ) Νηπιακό ή όψιμο παιδικό γλαύκωμα, το παιδικό γλαύκωμα μπορεί να εμφανισθεί όψιμα και ειδικά μετά την ηλικία των σμηνών και τότε είναι η ηπιότερη απο την νεογνική και βρεφική μορφή. Στις περιπτώσεις αυτές ο κερατοειδής είναι διαυγέστερος και επιτρέπει τη γωνιοσκοπία και γωνιοτομία κάτω απο άμεση επισκόπηση, η νόσος είναι ετερόπλευρη σε 50% των ασθενών.

Τα πρωτοπαθή γλαυκώματα διακρίνονται ανάλογα με το εύρος της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου σε α) ανοικτής γωνίας ή χρόνια απλόν και β) κλειστής γωνίας ή οξύ γλαύκωμα.

α) Χρόνιο απλό γλαύκωμα ή ανοικτής γωνίας (εικόνα 3).



Εικόνα 3: Διαγραμματική απεικόνιση των ιστολογικών αλλαγών που συμβαίνουν στο χρόνια γλαύκωμα. Σχέδιο A: φυσιολογικός οφθαλμός. Σχέδιο B: οφθαλμός με χρόνια γλαύκωμα

Χρόνιο απλό γλαύκωμα ονομάζεται η χρόνια νόσος στην οποία η ενδοφθάλμια πίεση αυξάνεται υψηλότερα από τα επίπεδα που επιτρέπουν απρόσκοπτη φυσιολογική και λειτουργική δραστηριότητα του οφθαλμού. Χαρακτηρίζεται από ανοικτή γωνία του πρόσθιου θαλάμου και ελαττωμένη αποχέτευση υδατοειδούς και δεν οφείλεται σε συνυπάρχουσα νόσο του οφθαλμού. Αν η

νόσος συνεχιστεί για μακρό χρονικό διάστημα προκαλεί χαρακτηριστικές παθολογικές εναλλαγές στην οπτική θηλή και τα πεδία και καταλήγει σε απόλυτο γλαύκωμα και τύφλωση. Το χρόνια γλαύκωμα αρχίζει βαθμιαία και ασυμπτωματικά με αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης που είναι μικρή στα πρώτα στάδια και γίνεται μεγαλύτερη με την πάροδο του χρόνου. Στην αρχή η νόσος μπορεί να διαγνωσθεί μόνο τυχαία κατά την περιοδική μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, όταν όμως ο ασθενής παραπονεθεί για τα τυπικά συμπτώματα τότε η νόσος δεν είναι πια σε πρώιμο στάδιο. Η νόσος εξελίσσεται πολύ σιγά και με την πάροδο του χρόνου ο συντελεστής αποχέτευσης γίνεται προοδευτικά μικρότερος προσβάλλει άτομα μεγάλης σχετικής ηλικίας. Κληρονομείται, όπως πιστεύεται σήμερα, με πολυγονιδιακό πολυγοπαραγοντικό χαρακτήρα. Είναι χρόνια εξελικτική και αμφοτερόπλευρη, αλλά η προσβολή του ενός ματιού μπορεί να προηγηθεί του άλλου. Χωρίς θεραπεία η νόσος καταλήγει σε τύφλωση, διαφθορά του οπτικού πεδίου και τελικής προσβολής της κεντρικής οράσεως.

Όπως είπαμε το χρόνια απλό γλαύκωμα χαρακτηρίζεται από απουσία υποκειμενικών ενοχλημάτων και γι' αυτό πολλές φορές η διάγνωση γίνεται τυχαία κατά την διάρκεια συνηθισμένης οφθαλμολογικής εξέτασης. Για να προλάβουμε τις βλάβες που προκαλεί το χρόνια απλό γλαύκωμα θα πρέπει κάθε άτομο, και ιδιαίτερα έχουν βεβαρημένο κληρονομικά ιστορικό μετά την ηλικία των 45 ετών να εξετάζονται από οφθαλμίατρο και κάθε 1 έως 2 χρόνια να μετράται η ενδοφθάλμια πίεση.

Προς τούτο θα πρέπει να γίνεται διαφώτιση του κοινού από κάθε υγειονομικό παράγοντα. Το χρόνια γλαύκωμα αν δεν

διαγνωσθεί έγκαιρα και δεν εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία οδηγεί σε πλήρη και μόνιμη τύφλωση.

Η κλινική διάγνωση τίθεται απο την αύξηση της ενδοφθαλμίας πίεσης, απο τις αλλοιώσεις απο το οπτικό πεδίο, την ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής, και απο τη μελέτη της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου.

Στην ομάδα του χρόνιου γλαυκώματος κατατάσσονται συνήθως και τρεις ιδιάζουσες μορφές γλαυκώματος α)χρωστικό γλαύκωμα β)ψευδοαποφολίδωση του φακού κατα Vogt γ)το γλαύκωμα απο κορτιζόνη.

Χρωστικό γλαύκωμα

Χαρακτηρίζεται απο εναπόθεση μελαγχρωστικής κατά της οπίσθιας επιφάνεια του κερατοειδούς στην οποία σχηματίζεται η άτρακτος του Krukenberg, και στην περιοχή του σκληροκερατοειδικού ηθμού, υπό μορφής μελανής ταινίας και απο αύξηση της ενδοφθαλμίας πίεσης.

Ψευδοαποφολίδωση του φακού κατα Vogt.

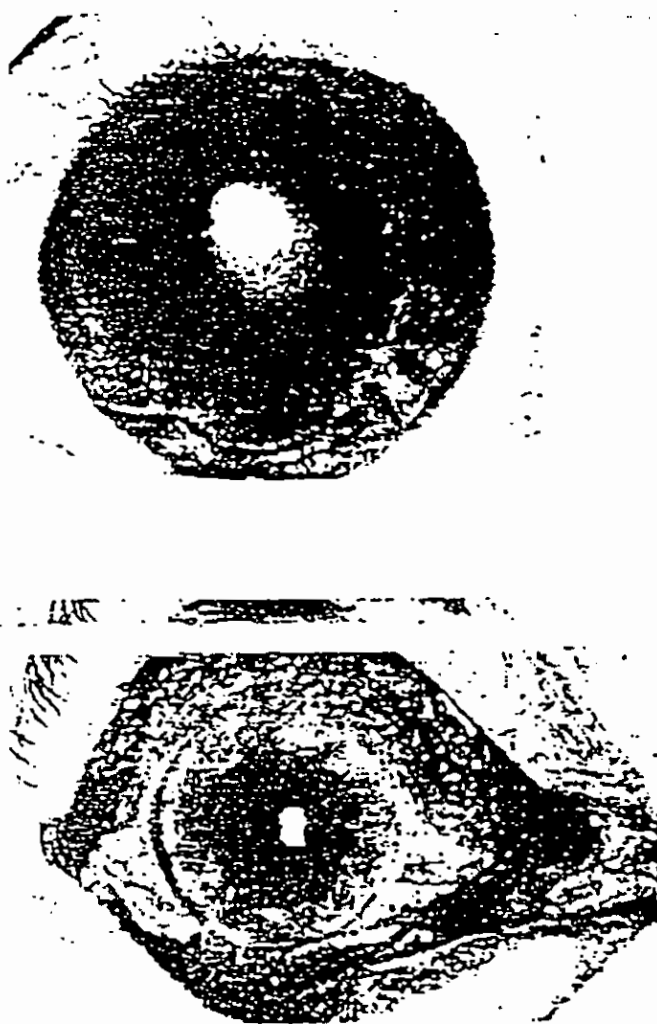
Ο φακός παρουσιάζει εναπόθεση επί του πρόσθιου περιφάκιου ουσία ημιδιαφανής, εντοπισμένη κυρίως στο κορικό πεδίο, αλλά επεκτεινόμενη και πέρα απο αυτό προς τον ισημερινό, των ορίων εναπόθεσης σχηματιζόμενης τεθλασμένης γραμμής. Στην ψευδοαποφολίδωση παρατηρείται σύγχρονος ατροφία του κορικού χείλους της ίριδας και εναπόθεση λευκών κοκκίων. Ανάλογα κόκκια βρίσκονται και στην γωνία του πρόσθιου θαλάμου. Σε πολλές περιπτώσεις ψευδοαποφολίδωσης του φακού, εμφανίζεται αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης.

Γλαύκωμα απο κορτιζόνη

Εμφανίζεται σε άτομα κληρονομικά προδιατεθειμένα και που έχουν υποστεί για μακρό χρονικό διάστημα τοπική θεραπεία κορτιζόνης. Κατά τα αρχικά στάδια, η ενδοφθάλμια πίεση είναι υψηλή, υποχωρεί μετά την διακοπή της κορτιζόνης. Σε προχωρημένα στάδια η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης δεν υποχωρεί εμφανίζονται γρήγορα διαταραχές απο το οπτικό πεδίο και της κοίλανσης της οπτικής θηλής.

Κλειστής γωνίας ή οξύ γλαύκωμα (εικόνα 4-5)

Το οξύ γλαύκωμα εμφανίζεται ξαφνικά , εν αιθρία ουρανώ, ή μετά απο διάφορες ψυχικές διαταραχές ή και διαγνωστικές και μη νευρωτικές διαταραχές.



Εικόνα 4: Οφθαλμός στα πρώτα στάδια οξέος γλαυκώματος

Ο οξύς αποκλεισμός εμφανίζεται σε οφθαλμούς προδιατεθειμένους λόγω της ειδικής τους μορφολογίας. Ο 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 (υπερμετρωπία, πρεσβυωπία).

Παρ' όλο που η νόσος συμβαίνει συνήθως ξαφνικά, λεπτομερής διερεύνηση του ιστορικού του ασθενή αποκαλύπτει, κατά το παρελθόν επεισόδια παροδικής ελάττωσης της όρασης, εμφάνιση ιριζόντων κύκλων, κατά την ενατένιση φωτεινών πηγών, συμπτώματα που είναι συνέπεια του οιδήματος του επιθηλίου του κερατοειδούς, ελαφρά βολβικά και περικογχικά άλγη, λόγω της αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης, τα οποία χαρακτηρίζονται ως "κεφαλαλγίες", αιφνίδια εγκατάσταση πρεσβυωπίας. Τα πρόδρομα αυτά στάδια, άλλοτε είναι σταθερά, άλλοτε όμως δεν υπάρχουν. Ο ασθενής, που πάσχει από οξύ γλαύκωμα, παρουσιάζει αφόρητα βολβικά και περικογχικά άλγη, που μπορεί να επεκτείνονται στο μέτωπο, τα αυτιά, τις παρειές, τα δόντια και γενικά όλη την κεφαλή. Έχει ναυτία και τάση για εμετό από ερεθισμό του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Παρουσιάζει πτώση της οπτικής οξύτητας, που είναι απότομη και δραματική. Εάν το οξύ γλαύκωμα αναταχθεί σύντομα, η οπτική λειτουργία επανέρχεται γρήγορα, ακόμη και σε 2-3 ημέρες. Εάν όμως η θεραπεία καθυστερήσει τότε παραμένει μόνιμη βλάβη.

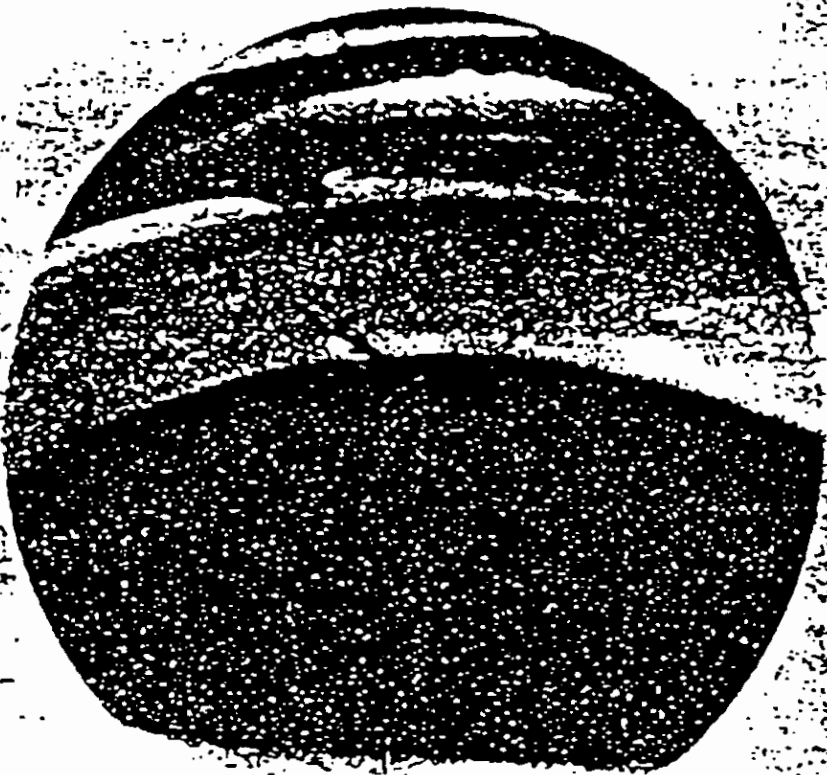
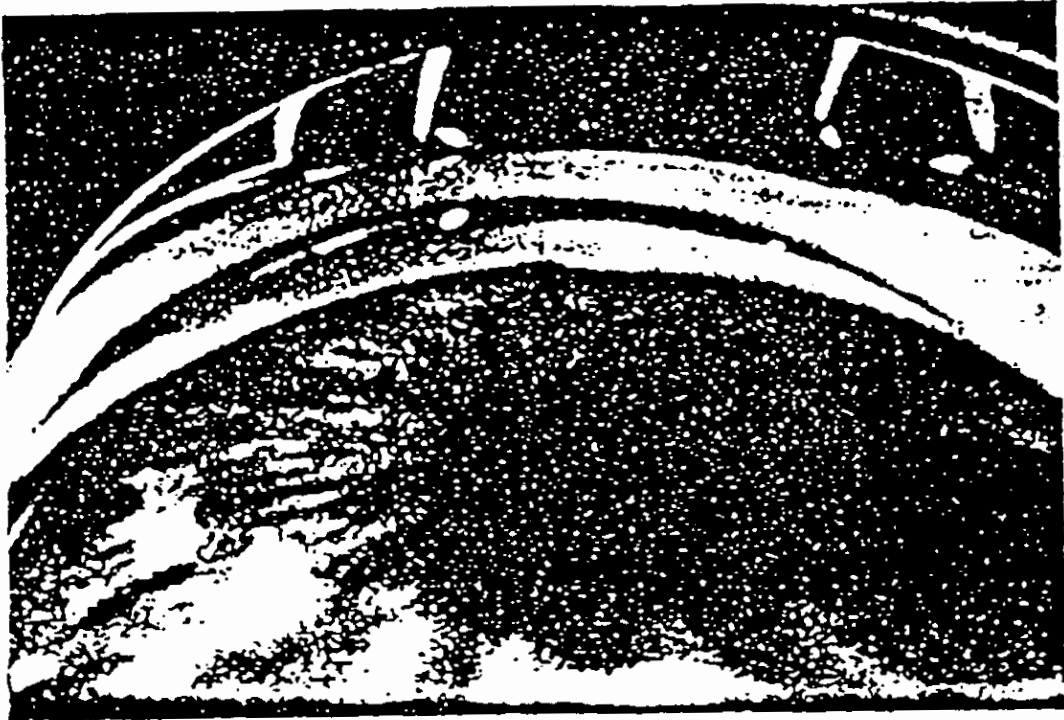
Από παθογενετική άποψη διακρίνεται σε:

α) Οξύ γλαύκωμα από κορικό αποκλεισμό. Όταν η επαφή μεταξύ της οπίσθιας επιφάνειας της ίριδας είναι κοντά στο κορικό χείλος και το φακό είναι στενότερη από τη φυσιολογική και έτσι το

υδατοειδές υγρό δύσκολα διολισθήνει δια της κόρης στον πρόσθιο θάλαμο συγκεντρώνεται στον οπίσθιο θάλαμο και δευτεροπαθώς πιέζει την ρίζα της ίριδας προς τα εμπρός να αποφράσει τη γωνία του πρόσθιου θαλάμου.

β) Οξύ γλαύκωμα απο απόφραξη της γωνίας απο την ρίζα της ίριδας. Απαντά σε μάτια με κατάφυση της ρίζας της ίριδας πιο εμπρός απο τη φυσιολογική, συνήθως μετά απο μυδρίαση.

γ) Κακόηθες γλαύκωμα. Απαντάται σπάνια και συνήθως μετά απο αντιγλαυκωματική εγχείρηση, σε μάτια με μετατόπιση του ιριδοφακικού διαφράγματος προς τα εμπρός και απόφραξη της γωνίας.



Εικόνα 5: Γωνιοσκοπία σε οφθαλμούς με κλειστή γωνία. Η περιφέρεια της ίριδας βρίσκεται σε επαφή με τη γραμμή Schwaibe και αποκλείει τελείως το διηθητικό ηθμό. Διακρίνεται επίσης έντονη πρόωση της ίριδας. (iris - bombe).

Δευτεροπαθή γλαύκωμα

Ανάλογα με το αίτιο πρόκλησης διακρίνουμε τα κάτωθι είδη δευτεροπαθούς γλαυκωμάτων.

I) Μετατραυματικό γλαύκωμα μετά απο θλαστικά συνήθως τραύματα του ματιού, δυνατόν να προκληθεί αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης που οφείλεται σε λειτουργικές ή ανατομικές βλάβες της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου, είτε σε μεταβολές της θέσης του φακού.

II) Γλαύκωμα απο μεταβολές του φακού. Μεταβολές του φακού που μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι

α) η εκτόπιση του φακού, ολική ή μερική, είτε με απόφραξη της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου είτε με κορικό αποκλεισμό, είτε με συνεχή ερεθισμό του ακτινωτού σώματος

β) η εξοίδηση του φακού που συνεπάγεται αύξηση του όγκου του, πίεση της ίριδας προς τα εμπρός και ιδίως της ρίζας της, με αποτέλεσμα στένωση της γωνίας και τελικά απόφραξη αυτής

γ) συγγενείς ανωμαλίες του σχήματος του φακού (μικροφάκιο, σφαιροφάκιο) που προκαλούν εύκολα συνθήκες κορικού αποκλεισμού

δ) υπερώριμος καταρράκτης, που δύναται να προκαλέσει φακοαναφυλακτικό γλαύκωμα. Στο πρώτο αποφράσσονται οι πόροι του σκληροκερατοειδούς ηθμού απο τα φακοκύτταρα και στο δεύτερο προκαλείται βαριά αναφυλακτική αντίδραση του αγγειώδη χιτώνα του ματιού προς τις πρωτείνες του φακού

ε) γλαύκωμα απο αγγειακές παθήσεις. Δυο είναι οι παθήσεις των αγγείων που προκαλούν δευτεροπαθές γλαύκωμα, ο διαβήτης και η θρόμβωση της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς.

Ειδικές μορφές δευτεροπαθούς γλαυκώματος. Εδώ κατατάσσονται παθήσεις που δύσκολα διαχωρίζονται σήμερα από το πρωτοπαθές γλαύκωμα. οι κυριότερες απ' αυτές είναι το σύνδρομο POSNER SCHLOSSMAN ή κυκλογλαυκωματικές κρίσεις. Χαρακτηρίζεται από σποραδικά επερχόμενες κρίσεις υποξέος ή οξέος γλαυκώματος. Διαφέρει όμως από το οξύ γλαύκωμα διότι ο πρόσθιος θάλαμος είναι βαθύς, η γωνία ευρεία και εμφανίζονται φλεγμονώδη στοιχεία μέσα στον πρόσθιο θάλαμο.

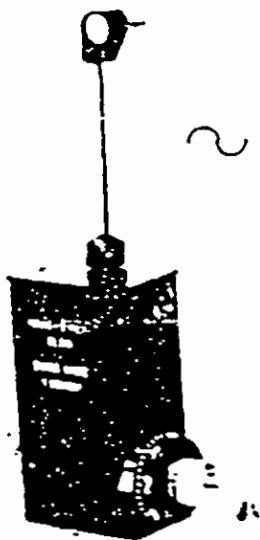
Το γλαύκωμα από κορτιζόνη, εμφανίζεται σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση, που για μεγάλο διάστημα κάνουν τοπική θεραπεία με κορτιζόνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Η διάγνωση των διάφορων μορφών του γλαυκώματος επιτυγχάνεται συνήθως με περιοδική τονομέτρηση και παρατήρηση των οπτικών θηλών. Η σημασία της εξέτασης των οπτικών θηλών πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η ενδοφθάλμια πίεση μπορεί να βρεθεί φυσιολογική στη διάρκεια μιας οφθαλμολογικής εξέτασης, αν όμως η θηλή φαίνεται ύποπτη, ο ασθενής πρέπει να προσεχτεί ιδιαίτερα. Εάν η οπτική θηλή είναι φυσιολογική και η τονομέτρηση δείξει πίεση σε υψηλότερα όρια του φυσιολογικού, όπως τονογραφία, υδροποσία ή συνδυασμός των δύο.

Τονομετρία (Εικόνα 6)



Εικόνα 6: Τονόμετρο επιπέδωσης Goldmann

Η μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης παραμένει ακόμη σπουδαιότερος τρόπος ανίχνευσης του γλαυκώματος. Εάν ληφθεί υπόψη ότι η αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση προτρέχει συνήθως της

απώλειας πεδίου κατα μερικά χρόνια, τότε εύκολα συμπεραίνεται η αξία της περιοδικής τονομέτρησης για όλους τους ασθενείς που είναι σε θέση να συνεργαστούν, αφού προσφέρει ιδιαίτερη ευκαιρία ανίχνευσης της νόσου στα πρόδρομα στάδια. Κάθε ασθενής με ενδοφθάλμια πίεση μεγαλύτερη από 21mmhg πρέπει να ερευνάται και αν όλες οι άλλες δοκιμασίες είναι μέσα σε φυσιολογικά όρια, να παραμένει κάτω από συνεχή παρακολούθηση ιδιαίτερα όταν πρόκειται για στενούς συγγενείς γλαυκωματικών ασθενών. Όταν η ενδοφθάλμια πίεση μεταβάλλεται στη διάρκεια της ημέρας περισσότερο από 3-4mmhg αυτό πρέπει να θεωρείται σαν πολύ σοβαρή ένδειξη. Σε μια μελέτη γλαυκωματικών οφθαλμών βρέθηκε ότι η ημερήσια διακύμανση της πίεσης ποικίλει σε 6% των οφθαλμών κατά 0-5mmhg, σε 48% των οφθαλμών κατά 5-9mmhg, σε 28% των οφθαλμών κατά 10-14mmhg, σε 12% των οφθαλμών κατά 15-19mmhg, σε 3% των οφθαλμών περισσότερο από 25mmhg την ημέρα.

Όχι μόνο η ημερήσια διακύμανση της ενδοφθάλμιας πίεσης αυξάνεται στους γλαυκωματικούς οφθαλμούς, αλλά και η μορφή της διακύμανσης δεν είναι πάντοτε ίδια. Έτσι είναι δυνατόν να βρεθούν

α) Ο τύπος της φθίνουσας ενδοφθάλμιας πίεσης με υψηλότερη τιμή μεταξύ 6 και 8 πρωινής ώρας

β) Ο τύπος της αυξανόμενης ενδοφθάλμιας πίεσης με υψηλότερη τιμή μεταξύ 4-6 απογευματινής

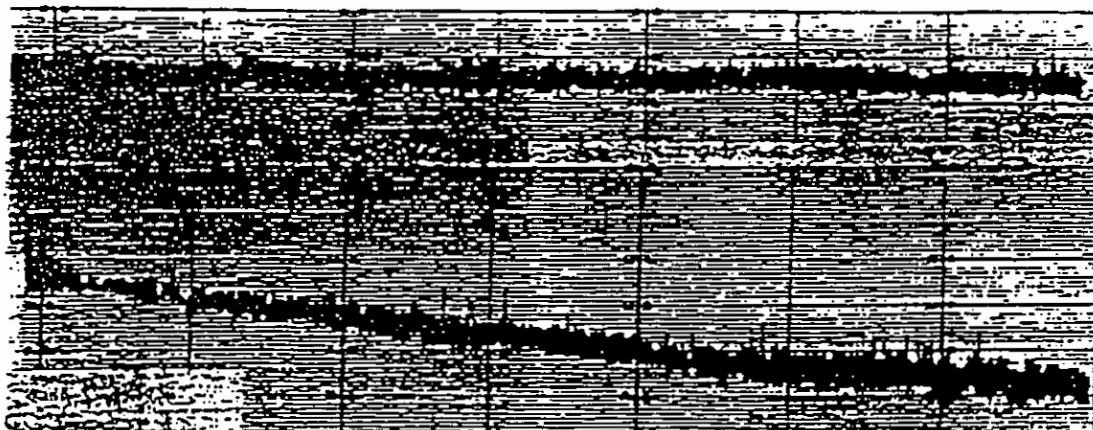
γ) Ο διφασικός τύπος με αύξηση τις πρωινές και απογευματινές ώρες

δ) Ο επίπεδος τύπος, με ελάχιστες διακυμάνσεις κατά την διάρκεια του εικοσιτετραώρου και

ε) Ο μεταβαλλόμενος τύπος με ακανόνιστες διακυμάνσεις.

Τονογραφία

Η τονογραφία αποδείχτηκε χρησιμότετη κλινική εξέταση εφόσον τα αποτελέσματα της κρίνονται σωστά. Μεγάλη ωφέλεια της τονογραφίας υπήρξε η αποκάλυψη ότι ο πρωταρχικός παράγοντας που προκαλεί αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι η αύξηση στην αντίσταση αποχέτευσης του υδατοειδούς, που συνεχίζει να υπάρχει ακόμα στις φάσεις που η ενδοφθάλμια πίεση είναι φυσιολογική. Η τονογραφία (εικόνα 7) έχει επίσης ιδιαίτερη αξία στην πρόγνωση της νόσου την απόφαση για χειρουργική επέμβαση και την αξιολόγηση ενός χειρουργικού αποτελέσματος.



Εικόνα 7: Καμπύλη τονογραφίας

Οι οπτικές θήλες

Η μεγάλη σημασία της σωστής αξιολόγησης της οπτικής θηλής στη διάγνωση και παρακολούθηση του γλαυκώματος πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα. Η προσεκτική μελέτη της οπτικής θηλής

μπορεί να δώσει πολύ σημαντική κλινική πληροφόρηση. Η οπτική θηλή περιγράφεται με δύο ευρήματα την κοίλανση και την ωχρότητα. Κοίλανση ονομάζεται κάθε εμβάθυνση της οπτικής θηλής κάτω από το επίπεδο του αμφιβληστροειδούς και αξιολογείται καλύτερα με τη χρήση γωνιοσκοπίου και σχισμοειδούς λυχνίας. Η κοίλανση είναι εκτεταμένη στους γλαυκωματικούς οφθαλμούς, που εκτός από εμβάθυνση παρουσιάζουν παρεκτόπιση των μικρών αγγείων στα όρια της κοίλανσης και υπόσκαψη των τοιχωμάτων της θηλής ή ρινική παρεκτόπιση των μεγάλων αγγείων που υποδηλώνουν απώλεια του στηρικτικού ιστού, της θηλής και έκθεση του ηθμοειδούς πετάλου.

Ωχρότης ονομάζεται η χροιά της λευκωτής περιοχής ή της μέγιστης χρωματικής αντίθεσης ή της περιοχής από την οποία απουσιάζουν τα μικρά αγγεία του ιστού της θηλής. Η ωχρότητα συνδέεται χαρακτηριστικά με τις αλλοιώσεις του οπτικού πεδίου, και η αξιολόγηση της είναι ακόμη πιο δύσκολη και απαιτεί λεπτομερή μελέτη με έγχρωμες φωτογραφίες.

Επίσης η λεπτομερής μελέτη της οπτικής θηλής επιτρέπει τον προσδιορισμό των περιοχών του πεδίου που πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθούν και το 85% περίπου των σκοτωμάτων μπορούν να προβλεφθούν με επιτυχία.

Οι αλλοιώσεις του πεδίου

Η ανεύρεση ελλειμμάτων από το οπτικό πεδίο παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στη διάγνωση του γλαυκώματος και η λεπτομερής απεικόνιση τους είναι απαραίτητη στην παρακολούθηση των γλαυκωματικών ασθενών. Πρώτο διαγνωστικό εύρημα του γλαυκωματικού οπτικού πεδίου είναι ένα παράκεντρο σκότωμα στην περιοχή του Bjergum που σταδιακά γίνεται ευρύτερο και

βαθύτερο. Αργότερα εμφανίζονται και άλλα γειτονικά σκοτώματα, που με τη πάροδο του χρόνου συνενώνονται για τη δημιουργία χαρακτηριστικού τοξοειδούς σκοτώματος. Οι αλλοιώσεις επεκτείνονται και στο περιφερικό πεδίο με τη δημιουργία ρινικού βύσματος, περιφερικού σκοτώματος, που συνδέεται με το τοξοειδές. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι αλλοιώσεις αυτές περιφερικές και κεντρικές πολύ συχνά δείχνουν εκπληκτική συμμετρία μεταξύ των δύο οφθαλμών.

Δοκιμασίες πρόκλησης

Σκοπός των δοκιμασιών πρόκλησης είναι ν' αποκαλύψουν τη δυσκολία νοσούντος οφθαλμού, να ελέγξει την ενδοφθάλμια πίεση κάτω από συνθήκες στρες, σε αντίθεση με το φυσιολογικό οφθαλμό που διατηρεί ακέραια την ικανότητα αυτή. Οι δοκιμασίες αυτές θεωρούνται σημαντικές μόνο όταν αποβαίνουν θετικές, ενώ η αρνητική ανταπόκριση δεν σημαίνει τίποτα και αυτό γιατί οι δοκιμασίες δεν είναι πάντοτε θετικές και ακόμη όταν υπάρχει νόσος και γιατί ο ίδιος ασθενής, σε διαφορετικές περιπτώσεις, μπορεί να δίνει διαφορετική ανταπόκριση. Έτσι για κάθε δοκιμασία πρόκλησης μπορεί να χαραχθεί καμπύλη που δείχνει την συχνότητα θετικού αποτελέσματος και να ορισθούν τιμές πέρα από τις οποίες η ανταπόκριση θεωρείται παθολογική. Μερικές από τις δοκιμασίες πρόκλησης δίνουν τιμές που είναι στατιστικά σταθερές π.χ. η δοκιμασία πρόκλησης θα πρέπει να μετράται πάντοτε και η αρχική πίεση, γιατί αλλιώς μπορεί να συγκρίνουμε διαφορετικά στατιστικά μεγέθη.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Η αιτιολογία του γλαυκώματος εξακολουθεί και σήμερα να παραμένει εν πολλοίς άγνωστος, όλα όμως τείνουν να συμφωνήσουν οτι αυτή εντοπίζεται στον ισθμό και στο σωλήνα του schlemm.

Έτσι η πιο συνηθισμένη αιτία είναι μια προοδευτική μεταβολή, καταστροφή της περιοχής της γωνίας και του ηθμού, χωρίς να κλείσει η γωνία με την πάροδο της ηλικίας. Η αιτιολογία του γλαυκώματος κλειστής γωνίας έχει πλήρως διευκρινισθεί, οφείλεται δηλαδή στην απόφραση της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου απο την ρίζα της ίριδας με παθογεννητικούς μηχανισμούς, του κορικού αποκλεισμό την ίριδα Platcan και το Black των ακτινοειδών προβολών.

ΚΟΙΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΩΝ

Τα κοινά συμπτώματα των γλαυκωμάτων είναι :

1. Η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης .
 2. Οι αλλοιώσεις απο το οπτικό πεδίο.
 3. Και η ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής.
1. *Αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσεως:* Η φυσιολογική τιμή της ενδοφθάλμιας πίεσεως κυμαίνεται στατιστικά μεταξύ 10 και 24 mmHg, ενώ κλινικά το ανώτερο όριο ασφαλείας φυσιολογικής τιμής ενδοφθάλμιας πίεσης, θεωρούνται τα 20mmHg. Ενδοφθάλμια πίεση μεγαλύτερη απο 25-26mmHg θεωρείται ως παθολογική και ο ασθενής πρέπει να αρχίζει θεραπεία .
2. *Αλλοιώσεις απο το οπτικό πεδίο:* Η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης προκαλεί παθολογικές εκδηλώσεις απο το οπτικό πεδίο που

είναι εξελικτικές και οφείλονται σε βλάβες των οπτικών ινών. Αρχικά η πρώτη εκδήλωση προσβολής του οπτικού πεδίου συνιστάται κυρίως στην πρόσ το άνω αύξηση των ορίων της τυφλής κηλίδας του Mariotte.

Ακολουθούν περικεντρικά σκοτώματα, αρχικά παροδικά, αργότερα μόνιμα, που τοποθετούνται νησίδες γύρω απο το σημείο προσήλωσης συνήθως στο άνω ημιμόριο του οπτικού πεδίου και αρχίζουν απο τη διευρησμένη κηλίδα του Mariotte. Στη συνέχεια τα σκοτώματα αυτά, μεγεθυνόμενα ή συννευόμενα, σχηματίζουν το χαρακτηριστικό τοξοειδές σκότωμα του Bjerrum. Αυτό αρχίζει απο την κηλίδα του Mariotte και τελειώνει στον οριζόντιο άξονα του οπτικού πεδίου, ιδίως ρινικά και κάτω στενεύουν, τελικά δε ενούμενα με το σκότωμα του Bjerrum καταλήγουν σε απώλεια του ρινικού τμήματος του οπτικού πεδίου, ενώ έκδηλη είναι και η στένωση του κροταφικού τμήματος. Η κατάληψη της κεντρικής όρασης είναι όψιμη, γι' αυτό και οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται την πάθηση τους.

3. *Ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής:* Η ατροφία της οπτικής θηλής στο γλαύκωμα αποδίδεται σε αγγειακούς παράγοντες. Η οπτική θηλή έχει ως γνωστόν ίδια αγγείωση, ανεξάρτητα απο την κεντρική αρτηρία του αμφιβληστροειδούς. Κλινικά η ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής παρουσιάζει μερικά χαρακτηριστικά : φυσιολογικά η οπτική θηλή έχει χρώμα κιτρινέρυθρο, όρια σαφή, επιφάνεια σχεδόν επίπεδη με φυσιολογική κοίλανση στο κέντρο (σχέση κοίλανσης προς την οπτική θηλή $<0,2$) απο τα οποία εξέρχονται τα κεντρικά αγγεία του αμφιβληστροειδούς. Σε αρχόμενη γλαυκωματική ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής το

χρώμα της γίνεται λεπτότερο, τα κεντρικά αγγεία απωθούνται ρινικά (σχέση κοίλανσης 0,3-0,4). Με την εξέλιξη της ατροφικής κοίλανσης τα κεντρικά αγγεία παρουσιάζουν ιδιόμορφη πορεία. Αρχικά πορεύονται οριζόντια στον πυθμένα της κοίλανσης, μετά κάμπτονται κατά ορθή γωνία ανέρχονται στις πλευρές της και τελικά απότομα μεταβαίνουν στον αμφιβληστροειδή (σχέση κοίλανσης προς οπτική θηλή 0,5-0,6).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Η κλινική εικόνα του χρόνιου ή απλού γλαυκώματος διαφέρει ελάχιστα από ένα ασθενή σε άλλο και κατά κανόνα η νόσος εξελίσσεται αργά, αθόρυβα και ασυμπτωματικά και μπορεί να φτάσει σε πολύ προχωρημένο στάδιο και στους δύο οφθαλμούς, πριν δώσει στον ασθενή υποκειμενικά συμπτώματα. Τα συνηθέστερα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται η νόσος είναι:

1. θάμβος με όραση
2. βάρος στον οφθαλμό και στην μετωπιαία χώρα
3. δυσκολία στην ανάγνωση
4. προοδευτικός περιορισμός του οπτικού πεδίου που αναγκάζει τον ασθενή να περπατάει με δυσκολία, να γυρνάει το κεφάλι από την μια πλευρά στην, να σκοντάφτει σε διάφορα αντικείμενα.

Τα συμπτώματα αυξάνονται σταδιακά και όταν ο οφθαλμός αποτελέσει τελείως την όραση προστίθεται πόνος και κεφαλαλγία. Όταν η νόσος φτάσει στο στάδιο που όλη η όραση έχει χαθεί τότε ονομάζεται απόλυτο γλαύκωμα. Ο σκληρός είναι τελείως λευκός τα πρόσθια ακτινοειδή αγγεία διασταλμένα ελικοειδή, ο κερατοειδής

αναίσθητος, ο πρόσθιος θάλαμος ποικίλου βαθμού, η κόρη διασταλμένη ή αδρανής, η ίρις ατροφική, ο φακός παθαίνει καταρράκτη. Αν η πίεση συνεχίζεται υψηλή μπορεί να εμφανισθούν αιμορραγίες, πρόσθια ραγοειδίτις που απαιτούν εξόρυξη του βολβού, ή ο οφθαλμός μπορεί να καταλήγει σε φθίση απο ατροφία του ακτινωτού σώματος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΟΣ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Η κλινική εικόνα του οξέος γλαυκώματος είναι:

1. Πτώση της οπτικής οξύτητας, που είναι απότομη και δραματική. Εάν το οξύ γλαύκωμα αναπτυχθεί γρήγορα η οπτική λειτουργία επανέρχεται γρήγορα ακόμη και σε 2-3 ημέρες, εάν η θεραπεία καθυστερήσει τότε παραμένει μόνιμη βλάβη.
2. Τάση προς εμετό, αναγούλες κ.λ.π. απο ερεθισμό του αυτόνομου νευρικού συστήματος.
3. Άλγος: Το άλγος που συνοδεύει το γλαύκωμα κλειστής γωνίας ποικίλει απο ελαφρό βάρος γύρω απο τον οφθαλμό έως πολύ δυνατό πόνο, που αρχίζει απο τον οφθαλμό και επεκτείνεται στο μέτωπο, τα αυτιά, τις παρειές, τα δόντια και γενικά όλη την κεφαλή.
4. Χρωματική άλως: ειδικά όταν ο ασθενής κοιτάζει εστία φωτός απο απόσταση. Η θολερότητα του κερατοειδούς επιδεινώνεται και απο μικρό-οίδημα του επιθηλίου που αργότερα εξελίσσεται σε φουσαλλιώδη κερατοπάθεια. Άλως δημιουργείται και απο άλλες αιτίες όπως: ουλές του κερατοειδούς, άτρακτο του Krucknberg, αλλοιώσεις του φακού, θολερότητες του υαλοειδούς κ.λ.π. αλλά στις περιπτώσεις αυτές οι κύκλοι δεν είναι έγχρωμοι.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το χρόνιο γλαύκωμα, λόγω ακριβώς της χρόνιας εξέλιξης του, δε συγχέεται συνήθως με άλλες ασθένειες, είτε του οφθαλμού, είτε άλλου οργάνου.

Αντίθετα το οξύ, εξαιτίας της έντασης και αιφνιδίου των συμπτωμάτων χρειάζει διαφορικής διάγνωσης. Η σύγχυση μπορεί να γίνει με την ιρίτιδα, κατά την οποία ο βολβός δεν είναι ποτέ σκληρός σαν πέτρα, με κοιλιακό σύνδρομο, διάτρηση έλκους του στομάχου, με σκωληκοειδίτιδα ή με ηπατική προσβολή.

Επιπλέον σε σπάνιες περιπτώσεις το οξύ γλαύκωμα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί απο τις εξής καταστάσεις:

1. γλαυκωματο-κυκλική κρίση, που χαρακτηρίζεται απο οξεία έναρξη θάμβους της όρασης, χρωματιστούς κύκλους γύρω απο τα φώτα, ελαφρό πόνο και δυσφορία. Το μάτι είναι ελάχιστα συμφορημένο, ο πρόσθιος θάλαμος βαθύς με πολύ λίγα φλεγμονώδη κύτταρα, η γωνία ανοικτή και το ενδοθήλιο του κερατοειδούς στικτό με 1-2 πρόσφατα μικρά ιζήματα.
2. Αιμορραγικό γλαύκωμα, που οφείλεται σε ισχαιμία του πρόσθιου ημιμορίου, μετά απο θρόμβωση της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς ή διαβητική νόσο. Το γλαύκωμα ακολουθεί πρόσφατη (μερικών εβδομάδων) απώλεια της όρασης, αρχίζει με οξύ πόνο και οίδημα του κερατοειδούς και παρουσιάζει στη σχιμοειδή λυχνία νεόπλαστα αγγεία στην ίριδα και τη γωνία.
3. Δευτεροπαθείς φλεγμονώδες γλαύκωμα, μετά απο ραγοειδίτιδες, που σπάνια παρουσιάζει δυσκολίες στη διάγνωση, η κόρη είναι πάντα σε μύση, η γωνία ανοικτή, ο πρόσθιος θάλαμος γεμάτος κύτταρα και ινική και ο κερατοειδής στικτός με ενδοθηλιακά ιζήματα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σε ευνοϊκές περιπτώσεις μπορεί κάποιος να υπολογίσει ότι με μια εγχείρηση, θα ρυθμιστεί η ενδοφθάλμια πίεση στα φυσιολογικά επίπεδα στα 80-90% των πασχόντων οφθαλμών. Η τύχη του ματιού εξαρτάται από το στάδιο του γλαυκώματος. Εάν εγχειριστεί ο ασθενής σε αρχικό στάδιο, τότε η ρύθμιση της πίεσης οδηγεί στην πλήρη αναστολή της εξέλιξης της πάθησης. Σε προχωρημένο όμως στάδιο μπορεί να συνεχίσουν να αυξάνονται οι προχωρημένες βλάβες του οπτικού πεδίου, που υπήρχαν πριν από την εγχείρηση. Τότε πρέπει να επιχειρήσουμε φαρμακευτική αγωγή με αγγειοδιασταλτικά και επιπλέον χορήγηση δακτυλίτιδας μήπως και σταματήσει την παραπέρα εξέλιξη. Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να μειώσουμε την αρτηριακή πίεση, γιατί τότε, σε προχωρημένο στάδιο γλαυκώματος, μπορεί να εξαφανισθεί σύντομα ακόμη και το οπτικό πεδίο που έχει παραμείνει.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αυτό καθ' αυτό το γλαύκωμα, τόσο το χρόνιο όσο και το οξύ δεν παρουσιάζει κάποιες συγκεκριμένες επιπλοκές. Επιπλοκές μπορεί να υπάρξουν μετά από κάποια εγχείρηση ρύθμισης της ενδοφθάλμιας πίεσης, επιπλοκές όπως θόλωση φακού ή σηπτική ενδοφθαλμίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Σκοπός της θεραπείας:

Ιδανικός σκοπός της θεραπείας του γλαυκώματος είναι η αποφυγή δημιουργίας αλλοιώσεων που ήδη υπάρχουν στις οπτικές λειτουργίες του ατόμου που αρχίζει μια θεραπεία.

Εφόσον δεν υπάρχει ακόμη αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης ή και απλής παρακολούθησης των μεταβολών του αγγειακού παράγοντος του γλαυκώματος, η θεραπεία αποβλέπει σε μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε επίπεδα που να μην επιτρέπουν τη δημιουργία αλλοιώσεων ή παραπέρα επιδείνωσης της οπτικής θηλής και των πεδίων.

Η εκλογή της θεραπείας εξαρτάται από το ύψος της ενδοφθάλμιας πίεσης, το συντελεστή αποχέτευσης, την ηλικία του ασθενούς, την κατάσταση του φακού, την αλλεργική αντίδραση και τις κλινικές παρενέργειες των φαρμάκων. Βασικό καθήκον του θεραπευτή είναι να εξηγήσει στον ασθενή την ανάγκη για παρατεταμένη και συστηματική θεραπεία, όπως επίσης και την ιδιομορφία της νόσου να μην δίνει συμπτώματα, να διατηρεί την όραση σε άριστα επίπεδα για μακρό χρόνο. Πρέπει επίσης να δοθεί στον ασθενή η ευχέρεια κάποιας ελαστικότητας στη χρήση κολλυρίων και να μην επιμένει ο θεραπευτής σε πολύ σταθερά σχήματα. Πρέπει επίσης να ρωτάμε τον ασθενή συχνά το πως χρησιμοποιεί τις σταγόνες, ώστε να ελέγχεται συστηματικά η αξιοπιστία του. Δεν πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός ότι σε μια χρόνια νόσο όπως το γλαύκωμα, η κακή χρήση των κολλυρίων

επισημαίνεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών και γι' αυτό πρέπει να υπενθυμίζουμε συστηματικά τη σοβαρότητα της κατάστασης και το απαραίτητο της θεραπείας.

Η θεραπεία του γλαυκώματος διακρίνεται :

α)-φαρμακευτική θεραπεία

β)-χειρουργική θεραπεία.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικός κανόνας θεωρείται η έναρξη θεραπείας με φάρμακα που προκαλούν τις λιγότερες παρενέργειες, στη μικρότερη δυνατή δοσολογία που δίνει σαφές κλινικό αποτέλεσμα. Με τον τρόπο αυτό ελαττώνονται οι παρενέργειες, αυξάνονται η ανεκτικότητα του φαρμάκου και ο ασθενής αποδέχεται ευκολότερα την θεραπεία.

Τα αντιγλαυκωματικά φάρμακα χορηγούνται με την εξής περίπου σειρά:

- 1) ελαφρά μυωπικά, όπως πιλοκαρπίνη, καρβαχολίνη
- 2) b-αναστολείς όπως τιμολόλη
- 3) άλατα της επινεφρίνης
- 4) αναστολείς της καρβονικής ανύδρασης
- 5) ισχυρά μυωπικά, όπως εξερίνη, ιωδιούχος φωσφολίνη.

Όταν η ενδοφθάλμια πίεση δεν ρυθμίζεται τότε προσθέτουμε και φάρμακα από το στόμα όπως η σικεταζολαμίδα που μειώνουν την παραγωγή του υγρού.

Αξιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας

Για την αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να ελέγχονται συστηματικά τα εξής στοιχεία:

α. Πεδίο όρασης: Η διατήρηση των οπτικών πεδίων αποτελεί βασικό σκοπό της θεραπείας και τον καλύτερο δείκτη της κατάλληλης αγωγής. Τα πεδία πρέπει να ελέγχονται συστηματικά κάθε 3-6 μήνες. Για να είναι όμως δυνατό να συγκριθούν μεταξύ τους τα διαδοχικά πεδία, πρέπει να γίνονται πάντοτε κάτω απο συνθήκες που να μπορούν να συγκριθούν δηλαδή απο τον ίδιο εξεταστή, με το ίδιο εργαλείο, το ίδιο μέγεθος κόρης, τον ίδιο φωτισμό κ.λ.π. και αν παρατηρεί οποιαδήποτε αλλαγή, το πρώτο που πρέπει να εξετάζεται είναι μήπως υπάρχει νέα κατάσταση που προκαλεί τη μεταβολή π.χ. καταρράκτης, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, μυωπικές αλλοιώσεις κ.λ.π.

β. Οπτική οξύτητα: Κάθε πτώση της οπτικής οξύτητας κατα την διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας του γλαυκώματος πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη και να ερευνάται προσεκτικά ως προς την ακριβή αιτία που την προκάλεσε. Έτσι ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται για οίδημα κερατοειδούς, εξέλιξη καταρράκτη, υαλοειδική αιμορραγία κ.λ.π.

γ. Ενδοφθάλμια πίεση: Εάν κατά την διάρκεια της θεραπείας η ενδοφθάλμια πίεση παρουσιάζει αύξηση, τότε πρέπει να αναζητηθεί προσεκτικά η αιτία που την προκάλεσε, π.χ. κακή ενστάλαξη του φαρμάκου, κακή συνεργασία του ασθενούς, αν ο οφθαλμός έπαψε να ανταποκρίνεται στο φάρμακο ή η νόσος προχώρησε τόσο που το συγκεκριμένο φάρμακο δεν είναι πια αποτελεσματικό.

δ. Εξέταση των οπτικών θηλών: Η μελέτη των οπτικών θηλών γίνεται πολύ καλλίτερα με περιοδική φωτογράφιση, οπότε είναι δυνατό να διευκρινισθούν και πολύ μικρές εξελίξεις στην κοίλανση ή την ωχρότητα, πολύ πριν εκδηλωθούν σαν αλλοιώσεις του πεδίου.

ε. Τονογραφία: Με τις υπάρχουσες ενδείξεις, εάν ο συντελεστής αποχέτευσης ενός οφθαλμού διατηρηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα, ο οφθαλμός σπάνια παρουσιάζει έκπτωση των οπτικών πεδίων. Αντίθετα εάν ο συντελεστής αποχέτευσης είναι πολύ χαμηλός υπάρχει μεγάλος κίνδυνος επιδείνωσης των πεδίων, έστω και εάν οι τιμές της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι χαμηλή κατά την ώρα της μέτρησης και αυτό γιατί μπορεί να γίνονται εξάρσεις τις άλλες ώρες της ημέρας.

στ. Οι συστηματικές νόσοι: Ο ασθενής πρέπει να ερωτάται προσεκτικά για κάθε εξέλιξη στη γενική του υγεία και ιδιαίτερα για αρτηριακή πίεση, διαβήτη, καρδιοαγγειακά ή εγκεφαλικά επεισόδια κ.λ.π. ώστε να ρυθμίζεται ανάλογα η θεραπεία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εάν με τη φαρμακευτική θεραπεία δεν επιτυγχάνεται ρύθμιση της ενδοφθάλμιας πίεσης και το οπτικό πεδίο παρουσιάζει προοδευτικές αλλοιώσεις, ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία.

Σκοπός των αντιγλαυκωματικών εγχειρήσεων είναι η δημιουργία νέας οδού αποχέτευσης του υδατοειδούς υγρού και ελάττωσης έτσι της ενδοφθάλμιας πίεσης.

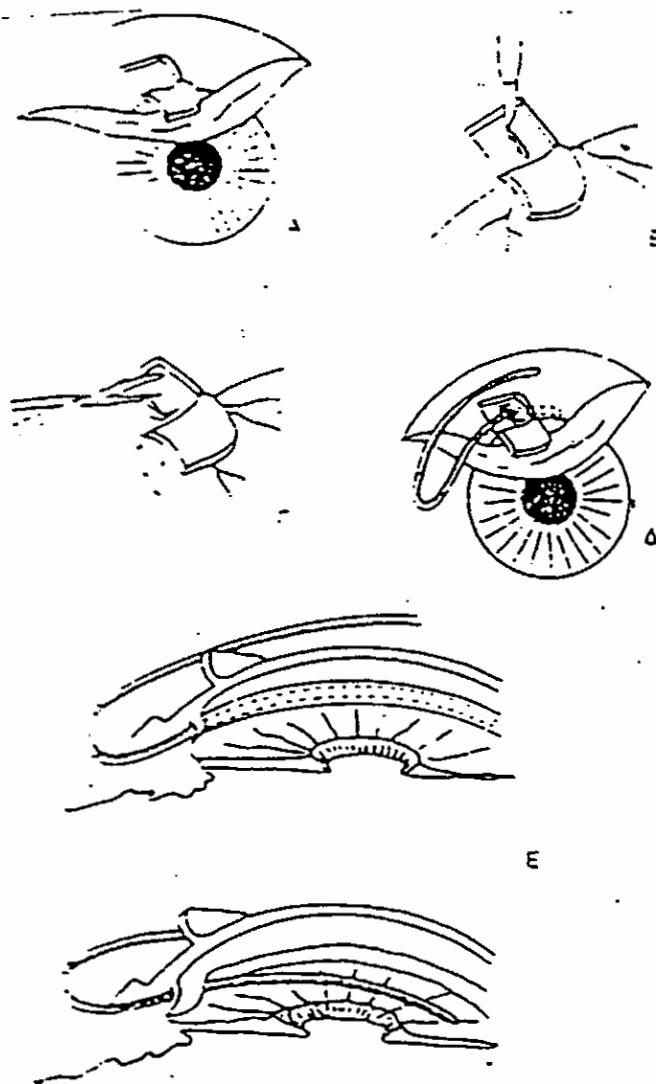
Οι πιο συνηθισμένες εγχειρήσεις που χρησιμοποιούνται είναι:

1. Η καλυμμένη σκληρεκτομή κατά την οποία δημιουργείται κατά το σκληροκερατοειδές όριο, σκληρική οπή, διαμέτρου 1-2mm που καλύπτεται από λεπτή λωρίδα σκληρού, από την οποία το υδατοειδές υγρό διέρχεται απ' ευθείας από τον πρόσθιο θάλαμο στον υπό του επιπεφυκότα χώρα. Η σκληρεκτομή συνδυάζεται και με σύστοιχη ιριδεκτομία

2. Η ιριδέγκλειση, κατα την οποία εκτελείται τομή μήκους 3-4mm στο σκληροκερατοειδές όριο μέσα δε στα χείλη της εγκλείεται τεμάχιο ίριδας που παρεμποδίζει τη σύγκλειση του τραύματος και συμπεριφέρεται σαν σπόγγος.

3. Τραμπεκουλεκτομή εκ των έξω η ιδέα του καθετηριασμού του σωλήνα του Schlemm και της τομής του τρ. Εκ των έξω προς τα έσω κωδικοποιήθηκε κατα κάποιο τρόπο απο τους Harms και Dambrim (1969).

Η τεχνική Harms και Dambrim (εικόνα 8) συνιστάται στην παρασκευή μικρού σκληρικού κρημνού, κατα το οποίο δια μιας καθέτου προς τον κερατοειδή τομή, καθετηριάζετε ο σωλήνας του Schlemm.



Εικόνα 8: Τραμπεκουλοτομή κατά Harms

Μετά την κατάσπαση του επιπεφυκότα, κατα το άνω ή το κάτω κροταφικό τεταρτημόριο, παρασκευάζεται επιπολής σκληρικός κρουνός διαστάσεως 2Χ8χιλ. Δια του μικροσκοπίου αναζητούνται οι υδάτινες φλέβες. Ο κρημνός είναι αρκετά μεγάλος, ώστε να αναζητηθεί μια υδάτινη φλέβα η οποία να είναι όσο το δυνατό μεγαλύτερη και περισσότερη προς τα εμπρός. Η φλέβα καθετηριάζετε δια μέσου ειδικού στειλεού ο οποίος εισάγεται στο σωλήνα του Schlemm.

Τραμπεκουλεκτομή εν των έσω. Σ' αυτές υπάγονται οι γνωστές γωνιοτομιές, οι οποίες εκτελούνται δια της γωνίας προς το τρ. με τη βοήθεια ύαλου επαφής. Ο Uttest-Zaraga (1960) ακολουθεί την ίδια οδό, χωρίς να χρησιμοποιεί ύαλο επαφής. Η τομή γίνεται δια του κερατοειδούς, ένα χιλιοστό πρόσ το σκληροκερατοειδή όριο. Με ελαφρά πίεση του κερατοειδή εισάγεται ο γωνιοτόμος και εκτελείται τομή.

4. Η κυκλοδιάλυση κατά Heine: Κατα αυτήν με μικρή τομή του επιπεφυκότα και του σκληρού, που απέχει 1μμ απο το σκληροκερατοειδές όριο, εισάγεται μεταξύ του σκληρού και του ακτινωτού σώματος το αμβλύ άκρο ιριδοσπαθής, η οποία μετακινούμενη κυκλικά αποκολλά το σκληρό απο τα χοριόδη κατά τον υπερχοριοειδή χώρο, δια έσω του οποίου το υδατοειδές υγρό βρίσκεται σε οδό διαφυγής και απορροφάται. Σε ορισμένες περιπτώσεις εκτελούνται και αντιγλαυκωματικές επεμβάσεις με σκοπό την ελάττωση της παραγωγής του υδατοειδούς υγρού όπως η κυκλοκρυσπηξία ή παλαιότερα η κυκλοδιαθερμία. Με αυτές επιδιώκεται καταστροφή τμήματος του ακτινωτού σώματος με κρυσπηξία ή διαθερμία αντίστοιχα.

5. Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια εφαρμογής στη θεραπευτική του γλαυκώματος των ακτινών Laser με σκοπό τη δημιουργία στο σκληροκερατοειδικό ηθικό είτε οπών, είτε συμφύσεων ή έλξεων και έτσι διανοίξεως των αποχετευτικών διακένων του ηθμού.

6. Τελειώνοντας την αναφορά μας στη χειρουργική θεραπεία του γλαυκώματος πρέπει να επισημάνουμε, ότι τα τελευταία χρόνια νέες χειρουργικές τεχνικές που προσφέρουν μεγαλύτερη ασφάλεια ως προς τις μετεγχειρητικές επιπλοκές προστέθηκαν στη φαρέτρα του χειρουργού οφθαλμιάτρου. Οι μη συριγγοποιητικές επεμβάσεις, όπως ονομάζονται, είναι η ΒΑΘΕΙΑ ΣΚΛΗΡΕΚΤΟΜΗ και η ΒΙΣΚΟΚΑΝΑΛΟΣΤΟΜΙΑ, τεχνικές χωρίς δημιουργία συριγγίου. Η βαθειά σκληρεκτομή με ένθεση μοσχεύματος κολλαγόνου εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα τον Νοέμβριο του 1997. Η τεχνική αυτή που γίνεται με τη χρήση τοπικών αναισθητικών σταγόνων, χωρίς ενέσεις, θεωρείται ασφαλέστερη από την συμβατική επέμβαση, διότι: παρουσιάζει λιγότερες επιπλοκές, δεν ανοίγουμε το μάτι και δεν χρειάζεται παραμονή στο Νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο νοσηλευτής του τμήματος μόλις ειδοποιηθεί τηλεφωνικά ότι έρχεται νέος άρρωστος, ετοιμάζει το κρεβάτι του και τον περιμένει. Ο ασθενής φθάνει με συνοδεία νοσοκόμου και ο νοσηλευτής τον υποδέχεται με ευγένεια και αξιοπρεπή συμπεριφορά, τον αποκαλεί με το επίθετο του, τον καλωσορίζει και τον οδηγεί ο ίδιος μέχρι το κρεβάτι του. Ειδοποιεί τον γιατρό της κλινικής. Συμπληρώνει ο νοσηλευτής το έντυπο εισαγωγής του αρρώστου με τα στοιχεία του και το πρόβλημα υγείας για το οποίο εισήχθη ο άρρωστος. Παίρνει ζωτικά σημεία. Παρατηρεί την κατάσταση του ασθενούς για τυχόν δερματολογικές βλάβες καθώς και την διανοητική του κατάσταση. Εξασφαλίζει άνεση και ασφάλεια στον ασθενή τον προσανατολίζει αν είναι περιπατητικός τη θέση και τους χώρους του τμήματος.

Επίσης ενημερώνει σχετικά με τους κανονισμούς και το ημερήσιο πρόγραμμα του νοσοκομείου. Πληροφορεί τον άρρωστο ότι η νοσηλευτική υπηρεσία λειτουργεί όλο το 24ωρο και συντονίζει το πρόγραμμα περίθαλψης. Στέλνει όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας. Παίρνει ΗΚΓ του αρρώστου και γίνεται καρδιολογική εξέταση από καρδιολόγο, ιδίως όταν ο ασθενής προορίζεται να χειρουργηθεί.

Εξηγεί στον άρρωστο για οφθαλμολογικές εξετάσεις που θα κάνει και τον συνοδεύει στο εξεταστήριο. Παραμένει κοντά του μέχρι το τέλος της εξέτασης για να τον βοηθήσει να συμμετέχει θετικά στις ερωτήσεις και τους χειρισμούς του γιατρού. Παίρνει πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό προκειμένου να γνωρίσει τον ασθενή ως πλήρη προσωπικότητα.

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ - ΑΝΑΓΚΩΝ

Οι ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή με χρόνιο (ανοιχτής γωνίας) ή με οξύ (κλειστής γωνίας) γλαύκωμα, πηγάζουν μέσα από τα συμπτώματα της μιας ή της άλλης μορφής της νόσου. Ωστόσο, πέρα από την άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων και αναγκών αυτών του αρρώστου π.χ. αντιμετώπιση οφθαλμικού πόνου με αναλγητικά, ο νοσηλευτής καλείται να παίζει σημαντικό ρόλο και σε δύο ακόμα ουσιαστικά προβλήματα του ασθενή. Το πρώτο είναι αυτό που παρουσιάζεται με την μείωση της όρασης, είτε περιφερικής είτε κεντρικής, πρόβλημα σωματικό οργανικό. Το δεύτερο το οποίο βέβαια παίζει και σημαντικότερο ρόλο σ' όλη την πορεία του ασθενή και της νόσου, είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων, που ίσως παρουσιάζει ο ασθενής. Τα ψυχολογικά προβλήματα χρήζουν της κατάλληλης νοσηλευτικής αντιμετώπισης, αφού ο νοσηλευτής δίπλα στον άρρωστο κάθε στιγμή της ημέρας και ίσως να φέρει και τη μεγαλύτερη ευθύνη, αν όχι τη μοναδική στην αντιμετώπιση αυτής της ανάγκης - προβλήματος του ασθενή. Και τα δύο αυτά προβλήματα είναι στην ευθύνη του νοσηλευτή να τα αντιμετωπίσει, αφού τα υπόλοιπα προβλήματα, τα οποία προέρχονται από τα συμπτώματα, είναι και στον τομέα του υπεύθυνου γιατρού, για σωστή αγωγή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΡΑΣΗ

Η μειωμένη όραση είναι αποτέλεσμα τόσο του χρόνιου, όσο και του οξέος γλαυκώματος. Αποτέλεσμα, που μπορεί να παρουσιαστεί και σαν παθολογικό σύμπτωμα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει την πρέπουσα προσοχή και περιποίηση σ' αυτούς τους ασθενείς, που προέρχονται στο τμήμα και έχουν αυτή τη μείωση της όρασης. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή πρέπει να είναι:

- -προσεκτική και ήρεμη προσέγγιση, ώστε να μειωθεί ο εκνευρισμός του ασθενή, που ίσως υπάρχει ακριβώς λόγω αυτής της μείωσης της όρασης.
- -προσεκτική εκτίμηση του σταδίου προσαρμογής και των ειδικών αναγκών του καθενός ασθενή, ως μοναδικής οντότητας. Εξάλλου και σ' αυτό τον τομέα ισχύει ότι θεραπεύουμε όχι συμπτώματα και ανάγκη αλλά ασθενή.
- -Ενθάρρυνση για διατήρηση της ανεξαρτησίας κατά το δυνατό, σύμφωνα με την ηλικία και το βαθμό μείωσης της όρασης.
- πλησίασμα του αρρώστου, αφού προηγουμένως απευθυνθεί χαιρετισμός με λόγια και του γνωριστεί το όνομα και ο ρόλος αυτού που πλησιάζει
- προσφώνηση του αρρώστου με το όνομα του, ώστε να ξέρει ότι κάποιος μιλά σ' αυτόν και όχι σε άλλον.
- πληροφόρηση του ασθενή ότι ο νοσηλευτής φεύγει από τον θάλαμο.
- αφιέρωση χρόνου για ακρόαση των αναγκών του ασθενή.

- παροχή ευκαιριών στους ασθενείς για συμμετοχή στη φροντίδα τους μετά απο επαρκή προσανατολισμό στο περιβάλλον και στις διαδικασίες.
- απομάκρυνση απο το περιβάλλον του αρρώστου περιττών επίπλων ή αντικειμένων.
- τοποθέτηση των διαφόρων αντικειμένων του ασθενή, στο δωμάτιο και στο κομοδίνο σε ορισμένη θέση και αποφυγή μετακίνησης τους.
- βοήθεια του αρρώστου την ώρα του φαγητού.
- παροχή εξηγήσεων, όταν χορηγούνται φάρμακα.
- εξασφάλιση επαρκών ερεθισμάτων για πρόληψη αποπροσανατολισμού και σύγχυσης των ασθενών.
- η φροντίδα αυτή και οι παρεμβάσεις μπορούν και πρέπει να παρέχονται στον ασθενή τόσο στην παραμονή του σε κάποιο οφθαλμολογικό τμήμα όσο και εκτός τμήματος, όταν επιστρέψει στο σπίτι του, ενταγμένος στο κοινωνικό σύνολο, επικουρούμενος απο τους οικείους του. Οι τελευταίοι έχουν διδαχθεί ανάλογα, απο τον υπεύθυνο νοσηλευτή, πρίν την έξοδο του ασθενή απο το νοσοκομείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ.

Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στη διάρκεια των διάφορων οφθαλμολογικών διαγνωστικών εξετάσεων έγκειται στην ψυχολογική προετοιμασία και στη σωματική-πρακτική προετοιμασία του ασθενή.

Η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή, περιλαμβάνει την ενημέρωση του σχετικά με τη διαδικασία των διάφορων εξετάσεων, το σκοπό και τα αποτελέσματα που πρέπει να περιμένει καθώς και απάντηση στα τυχόντα ερωτήματα τους.

Η ψυχολογική αυτή προετοιμασία, όπως και σε όλες τις εξετάσεις, είναι βασική και σημαντικότερη, αφού έχει αποδειχθεί ότι με αυτή την υποστήριξη η συνεργασία του ασθενή είναι καλύτερη και συνήθως χωρίς κάποια αντίδραση αν υπάρξει κάποια δυσκολία στην πορεία της εκάστοτε εξέτασης.

Η πρακτική υποστήριξη του ασθενή ή του μέχρι της διάγνωσης υγιή, ξεκινά από την φροντίδα για τη τοποθέτηση μυδριατικού, ώστε να διευρυνθεί η κόρη του ματιού και να γίνει σχετικά πιο εύκολα, αλλά και πιο ανώδυνα, η οφθαλμοσκόπηση - βυθοσκόπηση, η τονομέτρηση και η τονογραφία καθώς και η γωνιοσκοπία.

Παράλληλα ο νοσηλευτής φροντίζει για τη δημιουργία σκοτεινού περιβάλλοντος, κλείνοντας τις κουρτίνες του εξεταστηρίου γιατί η ύπαρξη φωτός δημιουργεί σημαντική ενόχληση στο εξεταζόμενο, στον οποίο έχει γίνει μυδρίαση. Ο νοσηλευτής πρέπει να επιτηρεί τον τρόπο εξέτασης, την αντίδραση

του ασθενή, να προσφέρει κάθε δυνατή βοήθεια στην διάρκεια οποιασδήποτε εξέτασης και στον εξετάζοντα και στον εξεταζόμενο. Εκτός αυτού ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε τα πάντα, είτε εργαλεία, είτε φάρμακα είτε οτιδήποτε άλλο υλικό, να είναι έτοιμα, ελεγμένα και προετοιμασμένα προς χρήση, για τις διάφορες εξετάσεις.

Εκτός των γενικών αυτών εξετάσεων, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος και για την προετοιμασία, και για τις ειδικές εξετάσεις διάγνωσης του γλαυκώματος.

Στη δοκιμασία της υδροποσίας ο νοσηλευτής είναι ο υπεύθυνος για τη σωστή δοσολογία του ύδατος και σωστή διενέργεια της τονομέτρησης κατά το απαραίτητο και συγκεκριμένο χρόνο.

Στη δοκιμασία με κορτιζόνη, όπως και των μυδριατικών, ο νοσηλευτής πρέπει να ενσταλάζει το κατάλληλο φάρμακο, συμβουλευόμενος τις ιατρικές οδηγίες και να φροντίζει για τη σωστή και τακτή τονομέτρηση του ασθενή. Κατά τη δοκιμασία του σκοτεινού χώρου, ο νοσηλευτής οφείλει στη δημιουργία και τήρηση πλήρους σκοταδιού και την άμεση παραπομπή του ασθενή για να τονομετρηθεί.

Μετά τη διαδικασία της εξέτασης και τη διάγνωση ή μη της νόσου, ο νοσηλευτής οδηγεί τον ασθενή εκτός του χώρου εξέτασης, πάντα σε σκοτεινό μέρος. Στο σκοτεινό αυτό μέρος ή σε μερικές περιπτώσεις στο μέρος με ημίφως, ο ασθενής κάθεται μέχρι η δράση των μυδριατικών και αναισθητικών φαρμάκων περιοριστεί ή και εξαλειφθεί και η κόρη και ο λοιπός οφθαλμός περιέλθει στη φυσιολογική προηγούμενη κατάσταση του.

Η σύσταση για αποφυγή του οδηγήματος και η ύπαρξη συνοδού, μετά την αποχώρηση από το εξεταστικό κέντρο, κρίνεται

απαραίτητη και φυσικά και σ' αυτό το σημείο είναι υπεύθυνος για την εξασφάλιση συνοδείας του ασθενή μέχρι το οφθαλμολογικό τμήμα, αν η νοσηλεία του αρρώστου κριθεί αναγκαία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

Το μάτι είναι όργανο πολύ μεγάλης σπουδαιότητας και γι' αυτό η διατήρηση και η προστασία της φυσιολογικής λειτουργίας του είναι πολύ επιτακτική. Απο την γέννηση του ανθρώπου μέχρι τα βαθιά γηρατειά η ακεραιότητα της λειτουργικότητας του κινδυνεύει, γι' αυτό επιβάλλεται ανάλογη φροντίδα ασφαλείας. Οι βλαβερές επιπτώσεις του χαμηλού φωτισμού στην όραση είναι κοινή συνείδηση και η σύγχρονη τεχνολογία προσφέρει πολλά μέσα για να τη διαφυλάξουμε.

Για τη νοσηλεία των ασθενών που πάσχουν απο κάποια μορφή γλαυκώματος, ισχύουν βασικά οι γενικές αρχές της οφθαλμολογικής νοσηλευτικής .Φυσικά παρουσιάζονται και προβλήματα κατά την πρακτική άσκηση που πολλά προέρχονται απο την αντίδραση των ασθενών. Η πληροφόρηση οτι πιθανόν να έχει μερική ή ολική μείωση της οράσεως βάζει σε αμφιβολία το παρόν και το μέλλον του. Είναι δυνατόν να εμφανιστεί ψυχική πίεση, εκδικητική διάθεση προς το περιβάλλον. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, το πόσο μεγάλη αξία, αποκτά η ψυχολογική συμπαράσταση των ασθενών στις περιπτώσεις αυτές.

Σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αναγνωρίζει τα προβλήματα που παρουσιάζει ένας γλαυκωματικός ασθενής να προγραμματίσει τους σκοπούς της φροντίδας και να συμβάλλει στην νοσηλευτική παρέμβαση τους.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Αναγνώριση των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής και έγκαιρη αντιμετώπιση.
2. Συμμόρφωση του ασθενούς με το φαρμακευτικό σχήμα.

Στα επόμενα κεφάλαια που ακολουθούν θα αναφερθώ στην εφαρμογή προγραμματισμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Οξύ γλαύκωμα

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

1. Ιστορικό υγείας.

α) ιστορικό υπερμετρωπίας, τραύματος του ματιού

β) χαρακτηριστικά προσωπικότητας

γ) παράπονα του αρρώστου για έντονο οφθαλμικό πόνο και πονοκέφαλο, ομιχλώδη και αμαυρωμένη όραση και φωτοστέφανα γύρω από τα φώτα, ναυτία και εμετούς.

2. Φυσική εκτίμηση.

α) κόρη, σταθερού μεγέθους, μεγάλη

β) κόκκινος, σκληρός βολβός

γ) κερατοειδής με νεφελώδη εμφάνιση.

Σκοποί της φροντίδας .

1. πρόληψη και μείωση της εξέλιξης της κατάστασης.

2. μείωση του πόνου.

3. πρόληψη μόνιμης τύφλωσης.

Νοσηλευτική παρέμβαση.

1. συνεχής χορήγηση φαρμάκων που προκαλούν μύση (παρασυμπαθομιμητικά).

2. χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων .

3.συνεχής χορήγηση απο το στόμα ή ενδοφλεβίως αναστολέων της καρβονικής αντίδρασης, όπως Diamox για μείωση της παραγωγής του υδατώδους υγρού.

4.χορήγηση υπερσωματικών μέσων (μανιτόλη) για μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγείται, για τον ίδιο σκοπό, γλυκερίνη απο το στόμα.

5.αποφυγή καταστάσεων που αυξάνουν την ενδοφθάλμια πίεση όπως:

α)συγκινησιακό στρες

β)ενδύματα σφικτά γύρω απο την μέση και το λαιμό

γ)βαριά σωματική προσπάθεια

δ)λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού.

6.χειρουργική θεραπεία, που πρέπει να γίνεται ακόμα και αν το οξύ επεισόδιο τεθεί κάτω απο έλεγχο, για πρόληψη υποτροπών.

Οι χειρουργικές παρεμβάσεις είναι:

α)πéριφερική ιριδεκτομή

β)ιριδέγκλειση

γ)ανάτρηση

δ)κυκλοδιάλυση, κυκλοδιαθερμία, μικροχειρουργική.

ΧΡΟΝΙΟ ΓΛΑΥΚΩΜΑ (ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΓΩΝΙΑΣ)

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

1. ιστορικό υγείας

α)οικογενειακό ιστορικό γλαυκώματος.

β)παράπονα του αρρώστου που αφορούν απώλεια; περιφερικής όρασης, αμαυρωμένη η ομιχλώδη όραση, φωτοστέφανα γύρω απο τα φώτα, δυσκολία στην εστίαση κοντινής εργασίας και δυσκολία σε σκοτεινούς χώρους.

2.φυσική εκτίμηση :σκληροί βολβοί.

Σκοποί της φροντίδας

- 1.έγκαιρη αναγνώριση της κατάστασης για πρόληψη μόνιμης απώλειας της όρασης.
- 2.προαγωγή συμμόρφωσης του αρρώστου με το φαρμακευτικό σχήμα.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- 1.Τοπικά φάρμακα που προκαλούν μύση.
2. Η πυλοκαρπίνη που είναι ένα άμεσο δρουν παρασυμπαθομιμητικό φάρμακο, είναι φάρμακο εκλογής. Επίσης χρησιμοποιείται και το Carbachol. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν μύση της κόρης, διεγείρουν τον ακτινωτό μυ και αυξάνουν του προ τα έξω ρυθμό ροής του υδατώδους υγρού.
3. Διαμοχ απο το στόμα.
4. Επίσης το νόσημα είναι χρόνια και εξελικτικό, προσεκτική προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής ξεχωριστά στον κάθε άρρωστο.
5. Στενή παρακολούθηση με περιοδικές εξετάσεις του οφθαλμού (τονομετρία, οπτικό πεδίο, οφθαλμοσκοπική εξέταση) για αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.
6. Αποφυγή καταστάσεων που αυξάνουν την ενδοφθάλμια πίεση όπως :
 - α)συγκινησιακό στρες
 - β)ενδύματα σφιχτά γύρω απο την μέση και το λαιμό.
 - γ)βαριά σωματική προσπάθεια .
 - δ)λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού.

7. Αν παρά τη φαρμακευτική θεραπεία, η έκταση απώλειας του οπτικού πεδίου εξακολουθεί να αυξάνεται, γίνεται χειρουργική επέμβαση.

8. Διδασκαλία του αρρώστου για πλήρη κατανόηση της νόσου και της θεραπείας, ώστε να εξασφαλιστεί η ευσυνείδητη συμμόρφωσής του με το θεραπευτικό σχήμα.

α) Η θεραπεία για μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης πρέπει να ακολουθείται με ακρίβεια. Οι σταγόνες των φαρμάκων που προκαλούν μύση πρέπει να χορηγούνται στον καθορισμένο χρόνο, ώστε να διατηρούν συνεχώς χαμηλή την ενδοφθάλμια πίεση .

β) Η ανάγκη συνέχισης της φαρμακευτικής θεραπείας για όλη την υπόλοιπη ζωή του αρρώστου, που συχνά είναι γέρος και επομένως αναξιόπιστος στην εφαρμογή της, κάνει απαραίτητη την εξασφάλιση επίβλεψης της θεραπείας .

γ) Εφοδιασμός του αρρώστου με κάρτα γλαυκώματος, για να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που παθαίνει κάποιο ατύχημα και είναι σε κωματώδη κατάσταση ή μπαίνει στο νοσοκομείο για κάποια άλλη αιτία.

(1) τα φάρμακα πρέπει να συνεχίζονται.

(2) να μη χορηγούνται φάρμακα με διαμετρικά αντίθετη δράση για κάποια άλλη αιτία, όπως ατροπίνη ή βρωμιούχος προπανθελίνη.

δ) Εξασφάλιση οδηγιών που αφορούν τις δραστηριότητες τους και τις καταστάσεις που αυξάνουν την ενδοφθάλμια πίεση. Να ζουν ήρεμη ζωή και να αποφεύγουν συγκινησιακά στρες έντονη σωματική προσπάθεια.

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου περιλαμβάνει και ειδικές νοσηλείες όπως:

α) Πλύση ματιού. Ο σκοπός της πλύσεως είναι η απομάκρυνση ξένου σώματος ή χημικών ουσιών από το μάτι, θεραπεία φλεγμονωδών καταστάσεων, καθαρισμός ματιού, και για απομάκρυνση εκκρίσεων από το κάτω κόλπωμα του επιπεφυκότα.

Διαδικασία - Νοσηλευτικής Ενέργειας.

Ενημερώνουμε τον ασθενή και εξηγούμε τον σκοπό της νοσηλείας και πως θα μπορέσει αυτός να βοηθήσει κατά την διάρκεια της διαδικασίας.

- τοποθετούμε τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση, (καθιστός ή ξαπλώνει με ελαφρά γυρισμένο το κεφάλι προς το μάτι που γίνεται η πλύση και τοποθετείται το τετράγωνο).

- ανοίγει η νοσηλεύτρια τα βλέφαρα με το δείκτη και αντίχειρα του αριστερού χεριού, λέγοντας στον άρρωστο να σύρει με το δείκτη του χεριού του προς τα κάτω το κάτω βλέφαρο.

- πλένεται ο επιπεφυκότας κατευθύνοντας τη συσκευή ή σταγονόμετρο φιάλη από τον έσω κανθό προς τον έξω ατά μήκος του κοιλώματος του επιπεφυκότα εξασφαλίζοντας συνεχή ροή.

- συμβουλεύει τον άρρωστο να κοιτάζει προς τα πάνω και να κρατάει ένα απορροφητικό υλικό κοντά στο μάτι του για να απορροφάται το υγρό.

Η νοσηλεύτρια έχει γενικά υπόψη της να μη ενσταλάσσει φάρμακο στην επιπεφυκότα του αρρώστου, να μη χρησιμοποιεί το ίδιο σταγονόμετρο για σηπτικά και άσηπτα μάτια.

β) Ενστάλαξη ματιού. Ο σκοπός των ενσταλάξεων είναι θεραπευτικός, όπως η χρήση αντιφλεγμονώδων κολλυρίων,

αντισηπτικών κ.α. και διαγνωστικός, όπως η χρήση αναισθητικών κολλυρίων.

Διαδικασία Νοσηλευτικής Ενέργειας.

- ενημερώνουμε τον ασθενή και εξηγούμε τον σκοπό της νοσηλείας και πως θα μπορέσει αυτός να βοηθήσει κατα την διάρκεια της διαδικασίας.
- τοποθετούμε τον ασθενή αναπαυτικά με το κεφάλι να κλείνει προς τα πίσω ή ξαπλωμένος σε ύπτια θέση.
- η νοσηλεύτρια απομακρύνει τις εκκρίσεις απο τα βλέφαρα και τις βλεφαρίδες με μια κίνηση απο τον έσω προς τον έξω κανθό.
- με το αριστερό της χέρι κρατά το τολύπιο βαμβάκι και ακουμπώντας το στο ζυγωματικό τόξο σύρει με το δείκτη 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 2 εκ. απο τον επιπεφυκότα. Ρίχνει τις σταγόνες και κρατά λίγο το βλέφαρο ανοιχτό.
- παρακαλεί τον άρρωστο να κλείσει σιγά σιγά το μάτι , αλλά να μην το σφίξει και στεγνώσει εξωτερικά με το τολύπιο το φάρμακο που παρασύρθηκε προς τα έξω.

γ) Θερμικά επιθέματα. Ο σκοπός των επιθεμάτων είναι υπεραιμία, διέγερση της κυκλοφορίας, καθαριότητα του εξωτερικού μέρους του ματιού καθώς και η ανακούφιση απο τον πόνο .

Διαδικασία νοσηλευτικής ενέργειας

- ενημερώνεται ο ασθενής για τον σκοπό της νοσηλείας και ζητάτε η συνεργασία του.

- η νοσηλεύτρια αλείφει με βαζελίνη τα βλέφαρα και το γύρω δέρμα. Κατόπιν συστρέφεται το επίθεμα και τοποθετείται πάνω στα βλέφαρα. Σκεπάζεται το επίθεμα με μικρό κομμάτι διαφανές νάιλον για να εμποδίζεται η αποβολή της θερμοκρασίας καθώς και με τη γεμιστή στρογγυλή γάζα και αλλάζονται τα επιθέματα συχνά, ανάλογα με την ιατρική εντολή. Το επίθεμα παραμένει για 20-30 λεπτά.

δ) Βοήθεια αρρώστου στην τονομέτρηση.

Η τονομέτρηση αποσκοπεί στον έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσεως.

Διαδικασία νοσηλευτικής ενέργειας .

- ενημερώνεται ο ασθενής και εξηγείται ο σκοπός της εξέτασης και ζητάτε η συνεργασία του .
- τοποθετείται ο ασθενής στην ειδική καρέκλα και συμβουλεύεται να κοιτάζει προς τα πάνω.
- γίνεται ενστάλαξη μιας σταγόνας προκαΐνης 5% σε κάθε μάτι .
- τοποθετείται ένα αποστειρωμένο τονόμετρο ελαφρά στο κέντρο του κερατοειδούς για λίγα λεπτά. Επαναλαμβάνεται η διαδικασία και στο άλλο μάτι.

ε) Τοποθέτηση αλοιφών

Ο σκοπός είναι θεραπευτικός, όπως η χρήση αντιφλεγμονώδων κολλυρίων, αντισηπτικών κ.α.

Διαδικασία νοσηλευτικής ενέργειας.

- ενημερώνεται ο ασθενής για τον σκοπό της νοσηλείας και ζητάτε η συνεργασία του.
- τοποθετείται ο ασθενής αναπαυτικά με το κεφάλι να κλείνει προς τα πίσω.

- γίνεται καθαριότητα του ματιού απο τις εκκρίσεις. Τοποθετείται κατόπιν η αλοιφή με το ταμπόν ή το σωληνάριο κατα μήκος της εσωτερικής επιφάνειας του κάτω βλεφάρου απο τον έσω κανθό προς τον έξω, προσέχοντας να μην αγγίζει στο μάτι το άκρο του σωληναρίου. Μετά το κλείσιμο των βλεφάρων ακολουθεί ελαφρό μασάζ για την ομοιόμορφη εξάπλωση της αλοιφής στο μάτι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α. Νοσηλευτική φροντίδα στη συντηρητική θεραπεία .

Η συντηρητική θεραπεία , είναι η μορφή αυτή της θεραπείας, που απο πολλούς συνιστάται να ακολουθείται περισσότερο. Στην περίπτωση αυτή ο άρρωστος χρειάζεται βοήθεια για να κατανοήσει την αρρώστια του και να την αποδεχτεί. Παρά τις εξηγήσεις που του δίνονται απο τον νοσηλευτή, ο ασθενής συνήθως πιστεύει οτι θα αποκτήσει την όραση που έχασε, και ότι η εγχείρηση, που ίσως θα ακολουθήσει, θα τον κάνει πλήρως καλά.

Πρέπει να καταλάβει ο άρρωστος οτι ο στόχος της θεραπείας είναι η διατήρηση της όρασης που έμεινε και όχι η ανάκτηση αυτής που έχασε.

Παράλληλα, μ' αυτή τη μορφή διδασκαλίας του ασθενή χορηγούνται μυωτικά (πυλοκαρπίνη) και αναλγητικά κυρίως σε μορφή οφθαλμικών κολλυρίων και αλοιφών, ακεταζολαμίδη (Diamox) και γλυκερίνη απο το στόμα και μανιτόλη σε στάγδην ενδοφλέβια έγχυση, ανάλογα με τη μορφή του γλαυκώματος και τα συμπτώματα που υπάρχουν.

Η φροντίδα που πρέπει να δείξει ο νοσηλευτής έγκειται των κανόνων σωστής χορήγησης τόσο των κολλυρικών και οφθαλμικών

αλοιφών, όσο και των φαρμάκων απο το στόμα ή σε στάγδην έγχυση.

Οι ευθύνες του νοσηλευτή προ, κατά και μετά τη χρήση οφθαλμικών κολλυρίων και αλοιφών (εικόνα 9) είναι:



Εικόνα 9: Ενστάλλαξη κολλυρίου

Τ.Ρ. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Έλεγχος της ημερομηνίας λήξεως πριν απο το άνοιγμα του φιαλιδίου.
2. Αναγραφή της ημερομηνίας που ανοίχτηκε το φιαλίδιο επάνω σε αυτό διότι για όλα τα κολλύρια απο την ημερομηνία που ανοίγονται η χρήση τους περιορίζεται απο τρεις εβδομάδες έως ένα μήνα .
3. Παρατηρούμε το περιεχόμενο του φιαλιδίου για τυχόν αλλαγή χρώματος ή παρουσία ιζήματος. Σ' αυτή την περίπτωση το φάρμακο απορρίπτεται.
4. Τα κολλύρια πάντα πρέπει να φυλάσσονται σε θερμοκρασία περιβάλλοντας που δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 40-50 βαθμούς C.
5. Πρέπει να τα φυλάσσουμε απο το φως διότι αλλοιώνονται .
6. Τα κολλύρια που προορίζονται για άσηπτα τραύματα (π.χ. χειρουργείο γλαυκώματος) πρέπει να φυλάσσονται σε διαφορετικό δίσκο ο οποίος να φέρει αναγνωριστική επιγραφή και να είναι καλυμμένα με πράσινο τετράγωνο. Φυσικά το πιο σωστό είναι ο κάθε άρρωστος να έχει τα δικά του κολλύρια. Εφόσον όμως αυτό είναι αδύνατο τότε ο πιο πάνω τρόπος είναι ο ασφαλέστερος.
7. Ο νοσηλευτής μετά αλλά και πριν τη χορήγηση των κολλυρίων και οφθαλμικών αλοιφών πρέπει οπωσδήποτε να πλένει καλά τα χέρια του, για την αποφυγή μεταφοράς μικροβίων, αλλά και προστασίας του ίδιου.
8. Για τις αλοιφές ισχύουν τα ίδια με τα κολλύρια ως προς την ημερομηνία λήξης, χρώματος και υφής του περιεχομένου καθώς και για τη θερμοκρασία. Εδώ επισημαίνεται οτι πρέπει να απορρίπτεται κάθε φορά που χρησιμοποιούμε αλοιφές η πρώτη μικρή ποσότητα για λόγους πρόληψης μόλυνσεως.

Κατά τη χορήγηση φαρμάκων απο το στόμα, ο νοσηλευτής πρέπει :

1. Να δίνει το σωστό φάρμακο στο σωστό άρρωστο .

2. Να προσέχει τη δοσολογία και να δίνει τη σωστή δόση.
3. Να παρέχει το φάρμακο τη σωστή ώρα.
4. Πρίν και μετά τη χορήγηση φαρμάκων να πλένει καλά τα χέρια που του παρέχεται.
5. Να παρακολουθεί, ώστε να λαμβάνει ο ασθενής το φάρμακο που του παρέχεται.
6. Να παρακολουθεί για το αν υπάρχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα απο τη χορήγηση του φαρμάκου, αλλά και να παρακολουθεί τον άρρωστο για την εμφάνιση κάποιων παρενεργειών ή ανεπιθύμητων ενεργειών και να τις αναφέρει στον εξετάζοντα γιατρό. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει γνώση των φαρμάκων που χορηγεί, κάτι που κρίνεται απαραίτητο για τον επιστήμονα διπλωματούχο νοσηλευτή.

Για την επιτυχία αυτών των σκοπών, αλλά και την αποφυγή λαθών, πρέπει στην προετοιμασία και στην παροχή των φαρμάκων να παρίσταται και δεύτερος νοσηλευτής .

Όταν κατά την κρίση του οξέως γλαυκώματος χρειασθεί να χορηγηθεί μανιτόλη ενδοφλέβια ο νοσηλευτής έχει την φροντίδα να:

1. παρατηρεί για ερυθρότητα ή οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης ή να αισθανθεί ο άρρωστος πόνο, κάψιμο, κνησμό στο ίδιο σημείο.
2. διαπιστώνει διαρροή απο κάποιο σημείο της συσκευής χαλάρωση η αποκόλληση των ταινιών λευκοπλάστη.
3. παρατηρεί για αίμα στο σωλήνα της συσκευής ή διακοπή της ροής του ορού.
4. προσέχει μήπως αναδιπλωθεί ο σωλήνας συσκευής ορού ή πιεσθεί κάτω απο το σώμα του ασθενή.

5. εξηγεί στον ασθενή που είναι περιπατητικός να διατηρεί τη φιάλη σε μια απόσταση περίπου 50εκ. απο το σημείο της φλεβοκέντησης.

6. καλέσει τον γιατρό, όταν τελειώνει η μανιτόλη και με τονομέτρηση, να αξιολογηθεί αυτού του είδους η θεραπεία.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της προεγχειρητικής παρέμβασης είναι:

α) να βοηθήσει τον άρρωστο να αισθανθεί άνετα στο νέο περιβάλλον του.

β) να μειώσει τα μικρόβια του επιπεφυκότα για να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα μετεγχειρητικής μόλυνσης .

γ) να μειώσει τους φόβους του αρρώστου, που αφορούν την εγχείρηση.

δ) να εξοικειώσει τον άρρωστο με μέτρα αποκατάστασης που θα χρησιμοποιήσει μετεγχειρητικά.

ε) να ετοιμάσει το μάτι για χειρουργείο.

στ) να εξασφαλίσει συγκατάθεση του ίδιου του ασθενή ή των ασθενών .

ζ) να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα.

Για την επιτυχία των σκοπών απαιτούνται :

α. Λήψη κάθε μέτρου ασφάλειας (συνοδεία αρρώστου όταν περπατά γύρω στο τμήμα, προφυλακτικές για τους υπερήλικες).

β) εξήγηση του σχεδίου φροντίδας στον άρρωστο.

γ) λήψη υγρού του επιπεφυκότα για καλλιέργεια .

δ) εφαρμογή τοπικών αντιβιοτικών και χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής σε κάθε διαδικασία του ματιού .

ε) διδασκαλία του αρρώστου να μην ακουμπά τα μάτια του.

στ) διαπίστωση των αισθημάτων του αρρώστου για την εγχείρηση και εκτίμηση της γνώμης του για το σκοπό της και τις προσδοκίες του απ' αυτή.

ζ) διδασκαλία τρόπου λήψης βαθιών αναπνοών, κινήσεις των άκρων, χωρίς να κινεί το κεφάλι, και αργού κλεισίματος των ματιών.

η) ενστάλαξη μυδριατικών (πυλοκαρπική) και πλύση ματιού.

θ) το δωμάτιο πρέπει να διαμορφώνεται προεγχειρητικά σύμφωνα με τους προβλεπόμενους μετεγχειρητικούς περιορισμούς.

ι) οι βλεφαρίδες κόβονται με ειδικό ψαλίδι, του οποίου τα σκέλη επαλείφονται προηγουμένως με λεπτή επίστρωση οφθαλμικής αλοιφής ή βαζελίνης, για να κολλούν οι κομμένες βλεφαρίδες πάνω σε αυτά. Ο άρρωστος πρέπει να καθησυχάζεται με πληροφόρηση του ότι θα ξανά μεγαλώσουν οι βλεφαρίδες του:

ια) διαπίστωση αν ο άρρωστος κατανόησε το περιεχόμενο της συγκατάθεσης, πριν την υπογράψει. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να υπογράψει, καλείται σύνοδος για υπογραφή.

ιβ) χορήγηση ηρεμιστικών - κατευναστικών .

ιγ) χορήγηση αντιεμετικών.

ιδ) χορήγηση μέσων που μειώνουν την ενδοφθάλμια πίεση, ακεταζολαμίδη (Diamox, Peros) ή Mannitol (I V).

ιε) αν και η επέμβαση γίνεται συνήθως με τοπική νάρκωση, δεν χορηγούνται πρόγευμα και υγρά στον άρρωστο για πρόληψη, μετεγχειρητικά, ναυτίας και εμετών. Η ναυτία και οι εμετοί είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες καταστάσεις, γιατί προκαλούν αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης με αποτέλεσμα εξάσκηση τάσης στα ράμματα.

ιστ) αν γίνει γενική αναισθησία, πρέπει να χορηγείται όσο πιο ελαφρύ αναισθητικό, αυτό γίνεται γιατί η αναισθησία αυξάνει την ενδοφθάλμια πίεση. Την απόφαση για γενική ή τοπική αναισθησία την λαμβάνει ο αναισθησιολόγος μετά απο εξέταση του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος.

ιζ) οι γενικές εξετάσεις που γίνονται συνήθως είναι:

-ακτινογραφία θώρακος

-γενική αίματος

-γενική ούρων

-Η.Κ.Γ.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Όπως κάθε άρρωστος, έτσι ο οφθαλμολογικός εκδηλώνει φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες, που η νοσηλεύτρια πρέπει να ικανοποιήσει. Δεν πρέπει να ξεχνά ότι ο άρρωστος μπορεί να έχει προσβληθεί απο μια γενική αρρώστια και η συμπτωματολογία απο την όραση να είναι να είναι πρόδρομο σημείο εκδηλώσεως της ή και επιπλοκή ακόμη. Συνήθως το πρωτοπαθές όργανο δεν είναι το μάτι, αλλά επίπτωση λειτουργικών ανωμαλιών άλλου συστήματος, όπως νευρικού, αγγειακού του ήπατος κ.λ.π. Οι δε διαταραχές της οράσεως πολλές φορές είναι τα πρόδρομα σημεία οργανικής παθολογικής αρρώστιας. Η συναισθηματική διέγερση και ανησυχία του οφθαλμολογικού αρρώστου απαιτεί τόσο προσοχή όσο και οι φυσικές του ανάγκες. Η πληροφορία οτι πιθανόν να έχει μερική ή ολική μείωση της οράσεως 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 την μελαγχολία. Είναι δυνατόν να εμφανιστεί ψυχική πίεση επιθετική και εκδικητική διάθεση προς το περιβάλλον, εμμονή 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 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 κοινωνικά ακόμη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενισχύσει τον άρρωστο να μιλήσει για τις ανησυχίες και τους φόβους του, κάνει ανοιχτή συζήτηση για να λύσει προβλήματα και απορίες. Όταν έχει υπόψη της το σύνολο “άρρωστος άνθρωπος” και όχι “άρρωστο όργανο” βρίσκει την αιτία της συναισθηματικής διαταραχής του αρρώστου και γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες. Πιθανόν, η συμβολή της κοινωνική λειτουργού να δώσει μια μερική ή και ολική λύση στο πρόβλημα που θα υπάρχει. Ίσως το κατάλληλο πρόσωπο να είναι ο γιατρός, ο ιερέας, ένα μέλος της οικογένειας, ένας συνεργάτης 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 ένταση του αρρώστου, ίσως η επαφή με τους άλλους και η συζήτηση, ίσως η ακρόαση κλασσικής μουσικής κ.λ.π. Η διαφορά που υπάρχει στους χαρακτήρες, συνθήκες, αγωγή, μόρφωση κ.λ.π. απαιτεί ευκαμψία και ευλυγισία στους χειρισμούς, ώστε να οδηγηθεί ο άρρωστος να αισθάνεται ασφάλεια και συναισθηματική ισορροπία. Ξέρουμε ότι κατά παραγγελία ανθρώπινες δυσκολίες και προβλήματα δεν

τακτοποιούνται παρά μόνο με ένα αμέριστο έμπρακτο ενδιαφέρον κατανόηση και συμπάθεια. Αυτό ζητά και ο οφθαλμολογικός άρρωστος, αν θέλουμε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του και να μειώσουμε την ψυχική του έκταση, όταν μάλιστα αυτός αντιμετωπίζει και πλήρη τύφλωση. Η φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου σχετικά 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 να ενισχύεται για αυτοεξυπηρέτηση για να μη νιώθει το αίσθημα της επιβαρύνσεως και φόρτου στους άλλους. Σε περίπτωση που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όραση του τον βοηθάμε να φαι. Στους περιπατητικούς οφθαλμολογικούς αρρώστους συνιστάμε ανάπαυση και ησυχία δεν πρέπει να διαβάζουν, καπνίζουν ή και να ξυρίζονται ακόμη, αν δεν έχουν ιατρική άδεια.

Όλη η θεραπεία των οφθαλμολογικών αρρώστων γίνεται σε θαλάμους με λίγο φως επειδή ένα από τα κύρια συμπτώματα αυτών είναι η φωτοφοβία. Η νοσηλεύτρια για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες χρησιμοποιεί τεχνητό φως μικρής εντάσεως.

Το διαιτολόγιο του ασθενούς θα πρέπει να είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθετισμένα άτομα ή σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση, κατά την οποία ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δε θα τρέφεται από το στόμα γίνεται τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών. Δίνεται επίσης μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Ποτέ ας

μη ξεχνά η νοσηλεύτρια ότι ο οφθαλμολογικός άρρωστος “βλέπει με τα μάτια της νοσηλεύτριας” γι’ αυτό οι φυσικές και οι συναισθηματικές ανάγκες του πρέπει να γίνονται αντικείμενο φροντίδας της.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα εξαρτάται απο την τεχνική της εγχειρήσεως, απο την γενική κατάσταση του αρρώστου και την ειδική μετεγχειρητική φροντίδα που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

Μετεγχειρητικά οι γλαυκωματικοί ασθενείς με τις χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα δεν παραμένουν περισσότερο απο 24 ώρες στο κρεβάτι. Οι αντικειμενικοί σκοποί του νοσηλευτή είναι:

- α) να εμποδίσει την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης.
- β) να παράγει την άνεση του αρρώστου και να τον επαναπροσανατολίσει στο περιβάλλον του.
- γ) να κρατήσει κάτω απο έλεγχο όλα τα συμπτώματα, που μπορούν να οδηγήσουν σε βαριές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Για την επιτυχία των σκοπών αυτών απαιτούνται :

- α) παροχή συμβούλων στον άρρωστο να αποφεύγει τον βήχα και το φτάρνισμα, καθώς επίσης και τις απότομες κινήσεις.
- β) να αποφεύγει να σηκώνει βαρεία αντικείμενα για 2-3 μήνες μετά την εγχείρηση.
- γ) θέση σώματος : ύπτια ή πλάγια προς το μη χειρουργημένο μάτι.
- δ) λαμβάνονται μέτρα ακινητοποιήσεις της κεφαλής για τα πρώτα δύο ως τρία 24ώρα με κάθε μέσο.
- ε) αποφυγή σκυψίματος.

στ) χορήγηση αναλγητικών

ζ) αποφυγή κτενίσματος μαλλιών, ξυρίσματος, βουρτσίσματος δοντιών το πρώτο 24ωρο μετά την εγχείρηση.

η) εφαρμογή άσηπτης τεχνικής στη αλλαγή του τραύματος.

θ) εξασφάλιση ήσυχου και ασφαλούς περιβάλλοντος για προαγωγή χαλάρωσης.

ι) ειδοποίηση του γιατρού σε περίπτωση εμφάνισης ξαφνικού έντονου πόνου, (μπορεί να δείχνει αιμορραγία ή ρήξη ραμμάτων ή και αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης).

ια) άμεση αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας .

ιβ) αντιμετώπιση ναυτίας και εμετών .

ιγ) παρακολούθηση για ανησυχία και συχνό σφυγμό τα οποία μπορεί να δείχνουν αιμορραγία.

ιδ) κίνηση των άκρων για αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.

ιε) βοήθεια του αρρώστου στις πρώτες εγέρσεις απο το κρεβάτι.

ιστ) διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας του για τη σωστή τεχνική χορήγηση κολλυρίων και αλοιφών του ματιού.

ιζ) αποφυγή καπνίσματος για το φόβο πυρκαγιάς επειδή δεν βλέπει ο άρρωστος.

ιη) αποφυγή τριψίματος του οφθαλμού με τα χέρια.

ιθ) αναφορά σε κοινοτικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας για παρακολούθηση του αρρώστου και βοήθεια του ίδιου και της οικογένειας του για τη σωστή συνέχιση της φροντίδας του. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες στον τόπο διαμονής του ασθενή, ο νοσηλευτής αναφέρει στον άρρωστο και στους συνοδούς σε ποιες υπηρεσίες μπορεί να απευθύνεται .

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ

Ύστερα απο ένα βραχύ διάστημα νοσηλείας, κατα μέσο όρο 5 ημερών, ο ασθενής είναι έτοιμος να επανέλθει στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή, ο σχεδιασμός μεθόδων και τρόπου διδασκαλίας και οι παρεμβάσεις του, ξεκινούν με την είσοδο του ασθενή στο οφθαλμολογικό τμήμα και λήγουν με την έξοδο του απο αυτό.

Η γλώσσα και ο τρόπος που θα χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής για να προσεγγίσει τον ασθενή είναι ανάλογη με την ηλικία του ασθενή είναι ανάλογη του πνευματικού και νοητικού επιπέδου του αρρώστου και φυσικά ανάλογη με την ηλικία του ασθενή. Βέβαια η όλη διδασκαλία μπορεί και ίσως είναι απαραίτητο να γίνει και στους συγγενείς, οι οποίοι περιστοιχίζουν τον ασθενή και που συμβάλλουν ουσιαστικά στην ομαλή επανεξέταση του.

Μετά την έξοδο του ασθενή απο το νοσοκομείο ο νοσηλευτής του συνιστά:

- την πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής τονίζοντας οτι αν αυτή δεν ακολουθηθεί, η τύφλωση ίσως είναι ένα μοιραίο γεγονός.
- τον σωστό τρόπο χορήγησης και τοποθέτησης των οφθαλμικών κολλυρίων και αλοιφών .
- να τον παρακολουθεί οφθαλμίατρος σε όλη του τη ζωή και συχνά να ελέγχει την ενδοφθάλμια πίεση .
- με την εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος να απευθύνεται αμέσως στον οφθαλμίατρο χωρίς καμία καθυστέρηση .

- την όραση που έχει μπορεί να τη χρησιμοποιεί χωρίς περιορισμό. Υγρά μπορεί να πίνει όσα θέλει. Η υπέρταση δεν έχει σχέση με την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης.
- να αποφεύγει συγκινήσεις, εκνευρισμούς, φόβους αγωνίες και κάθε αιτία διεγέρσεως του νευρικού συστήματος, επειδή αυτά αυξάνουν την ενδοφθάλμια πίεση .
- να αποφεύγει τη χρήση σφικτού περιλαίμιου, γραβάτας, ζώνης, λαστέξ, στηθόδεσμου κ.τ.λ.
- να περιορίσει τσάι και καφέ.
- αποφεύγει τα κρυολογήματα και κάνει σωστή περιποίηση σώματος.
- να ζει ήρεμη ζωή και να αποφεύγει ψυχικές και σωματικές καταπονήσεις και εργασίες που προκαλούν κραδασμούς ιδίως αμέσως και για ένα βμηνο μετά την εγχείρηση.
- να φέρει πάντα μαζί του “κάρτα γλαυκώματος” που να αναγράφονται τα φάρμακα που χρησιμοποιεί (δόση - χρόνος - τρόπος χορήγησης) ώστε σε περίπτωση ατυχήματος να μπορούν οι άλλοι να τον βοηθήσουν και σε περίπτωση που βρεθεί σε κωματώδη κατάσταση ή μπαίνει στο νοσοκομείο για άλλη αιτία, να συνεχίζονται τα φάρμακα και να μην χορηγούνται φάρμακα διαμετρικά αντίθετη δράση όπως είναι η ατροπίνη ή η βρωμιούχος προπανθελίνη.
- επιπλέον στους συγγενείς ασθενών με μειωμένη όραση πρέπει να τους γίνεται διδασκαλία εφαρμογής ορισμένων κανόνων ασφάλειας και προσαρμογής του αρρώστου.
- να αποφεύγεται η ύπαρξη περιττών επίπλων ή αντικειμένων στο περιβάλλον του αρρώστου.

- τοποθέτηση των διαφόρων αντικειμένων του ασθενή σε σταθερό σημείο και να αποφεύγεται η μετακίνηση τους.
- ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου, με κανονικό τόνο φωνής .
- ενθάρρυνση για διατήρηση της αυτοφροντίδας και αποφυγή της καλλιέργειας στον ασθενή αισθημάτων κατωτερότητας.
- να θεωρούν τον ασθενή με μειωμένη όραση ως ισότιμο μέλος της οικογένειας, προσαρμόζοντας το ρόλο του μέσα σ' αυτή, σύμφωνα με τις δυνατότητες του .
- αφιέρωση χρόνου για επικοινωνία με ασθενή.

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΜΑΤΙΩΝ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Η νοσηλεύτρια-της σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας χρησιμοποιείται για να διαφωτίσει το κοινό για τους κανόνες υγιεινής και θεραπείας παθολογικών καταστάσεων του ματιού. Πολλά προβλήματα οράσεως εμφανίζονται και κατα την παιδική ηλικία. Ενοχλήματα όπως πονοκέφαλος, ζάλη, κόπωση μετά απο έντονη χρησιμοποίηση των ματιών, φράσεις όπως “δεν βλέπω καλά” μπορεί να κρύβουν διαταραχή της οράσεως. Η εμφάνιση ερυθρότητας στο βολβό του ματιού, δακρύρροιας, εκκρίσεων, συγκλήσεως των βλεφάρων κ.λ.π. είναι ενδεικτικά σημεία οφθαλμολογικών νοσημάτων που δεν εκδηλώθηκαν ακόμα. Πρέπει να προσέχουν συμπεριφορές όπως η ανάγνωση απο πολύ κοντά ή πολύ μακριά, συνεχής κίνηση και τριβή των ματιών κ.λ.π. Όταν επιμένουν τα πιο πάνω ενοχλήματα και συμπεριφορές φανερώνουν την ανάγκη οφθαλμολογικής εξέτασης. Ανεπαρκής διατροφή σε ποσότητα και ποιότητα μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην όραση, π.χ. έλλειψη της βιταμίνης Α και Β δημιουργεί διαταραχές στη λειτουργία του αμφιβληστροειδή, του κερατοειδή και των

επιπεφυκώτων .Η μακροχρόνια μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης Α οδηγεί σε ανεπανόρθωτες βλάβες των ματιών.

Ακόμη τα άτομα πρέπει να διδάσκονται ώστε να παίρνουν τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα στο σπίτι, στο σχολείο και στη βιομηχανία. Τα άτομα που εργάζονται σε εργοστάσια μετάλλων και ισχυρών χημικών ουσιών πρέπει να χρησιμοποιήσουν προστατευτική θωράκιση προσώπου. Άτομα που εργάζονται με πολύ έντονο φως πρέπει να χρησιμοποιούν θωράκιση ματιών για μείωση της ποσότητας του φωτός που μπαίνει στο μάτι. Αν χρησιμοποιούνται γυαλιά για διόρθωση διαθλαστικών ανωμαλιών, πρέπει να εφαρμόζουν καλά και να μην κουράζονται. Εξάλλου, στα παιδιά τα γυαλιά πρέπει να αλλάζονται από τον οφθαλμίατρο, ώστε να συμβαδίζουν με τις αναπτυξιακές μεταβολές που αλλάζουν τον βαθμό των διαθλαστικών ανωμαλιών.

Τα άτομα πρέπει να διδάσκονται πως να φροντίζουν το μάτι τους όταν μπαίνει σε αυτό ξένο σώμα. Η παροχή σωστής πρώτης βοήθειας είναι μεγάλης σπουδαιότητας για την πρόληψη βλάβης της όρασης και τύφλωσης.

ε. Νοσηλευτική περίπτωση

Ο ασθενής Κ.Λ. ηλικίας 58 ετών με διάγνωση οξέος γλαυκώματος εισήχθηκε στο Νοσοκομείο στις 7 – 10 – 1999.

Η διάγνωση του οξέος γλαυκώματος τέθηκε γρήγορα διότι ο ασθενής παρουσίαζε τα χαρακτηριστικά συμπτώματα ενός οξέος γλαυκώματος, όπως: βάρος και πόνος γύρω από τον οφθαλμό, τάση προς εμετό, ναυτία, κεφαλγία κλπ. Κρίθηκε σκόπιμο να γίνει έναρξη της φαρμακευτικής θεραπείας.

Τέθηκε και προγραμματισμός για χειρουργική θεραπεία (περιφερική ιριδεκτομή).

Ο ασθενής μετά την ρύθμιση της ενδοφθάλμιας πίεσεως βγήκε από το Νοσοκομείο την 5^η μετεγχειρητική ημέρα παίρνοντας της κατάλληλες οδηγίες για τη φύση της ασθένειάς του.

Η Νοσηλεύτρια – τις προγραμμάτισε της νοσηλευτικές διεργασίες του ασθενούς.

	ΝΟΣΗΛΑ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΔΙΟΡΘΩΣΕΩΣ
<p>1. Ο ασθενής παραπονιέται για έντονο βολβικό πόνο, ελαττωμένη όραση, ναυτία και εμέτους.</p>	<p>1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα. 2. Μείωση του πόνου. 3. Πρόληψη μόνιμης τύφλωσης.</p>	<p>- Εναρξη φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<p>Ο ασθενής αισθάνεται αρκετά καλύτερα.</p>
	<p>- Αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων.</p>	<p>- Χορήγηση 2 σταγόνων πιλοκαρπίνης 28 ή 48 ανά 5' λεπτά για 30' λεπτά . Στην συνέχεια οι ενστάλαξεις γίνονται αραιώτερα ανά 15' λεπτά για 30' λεπτά. Χορήγηση γλυκερίνης και ακεταζολομίδης PEROS. Μανιτόλη 250 ML ενδοφλεβίως.</p>	<p>- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Έγινε μια AMP. PRIMPERAN IM, μετά από ιατρική εντολή.</p>
	<p>- Λήψη μέτρων για πρόληψη πτώσεως του ασθενούς.</p>	<p>- Τοποθέτηση προφυλακτήρων στο κρεβάτι του ασθενούς. - Ενημέρωση του ασθενούς για τα αντικείμενα που βρίσκονται γύρω του.</p>	

./...

- Τοποθέτηση των προσωπικών αντικειμένων του ασθενούς σε μέρος που να τον εξυπηρετούν.

- Κλείσιμο του θαλάμου και τοποθέτηση του ασθενή σε δωμάτιο με φως μικρής εντάσεως.

- Ενίσχυση του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση για να μην νιώθει το αίσθημα της επιβαρύνσεως των άλλων.

- Βοήθεια του ασθενούς κατά την ώρα των γευμάτων όταν δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όρασή του.

- Εξασφάλιση χαμηλού φωτισμού και συσκότιση του θαλάμου.

- Εκπαίδευση του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.

	ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. φόβος, ανησυχία και εννευρισμός του ασθενούς.	1. Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενούς για απομάκρυνση των συμπτωμάτων.	- Δημιουργία εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το νοσηλευτικό προσωπικό.	- Ο ασθενής έχει ηρεμήσει αρκετά και εμπνέει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό.
		- Ενίσχυση του ασθενούς να μιλήσει για τις ανησυχίες και τους φόβους του. Η νοσηλεύτρια κάνει ανοιχτή συζήτηση για να λύσει προβλήματα και απορίες. - Συνεχή επικοινωνία με τον άρρωστο και ένδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος και κατανόησης. - Η νοσηλεύτρια κατανοεί τον ασθενή και αποφεύγει κάθε τι που μπορεί να προκαλέσει υπερένταση και στενοχώρια στον ασθενή. - Ενημερώνει τον ασθενή για οποιαδήποτε νοσηλευτική και ιατρική ενέργεια που έχει προγραμματιστεί.	
	- Απασχόληση του ασθενούς.		- Η νοσηλεύτρια προγραμματίζει κάποια εργασιο-

./...

Θεραπεία για τον ασθενή η οποία θα δώσει μια διέξοδο στην ψυχική του ένταση.

- Ενίσχυση του ασθενούς για οποιαδήποτε μορφή ψυχαγωγίας όπως ακρόαση κλασσικής μουσικής.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να έρθει σε επαφή με τους άλλους ασθενείς να συζητήσει μαζί τους.

ΑΙΤΙΑΣΗ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>3. Μετεγχειρητικά ναυτία, έμετοι από τα συμπτώματα.</p>	<p>ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. 	<p>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση στο κρεβάτι. - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. - Χορήγηση διαλύματος D/W 1000 CC ενδοφλεβίως μετά από ιατρική εντολή. - Συχνή παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης.
	<p>- Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο με φυσιολογικό ορό και ενστάλαξη σταγόνων MYCOSTATINE.</p>
		<p>- Τοποθέτηση σωλήνα LEVIN μετά από ιατρική εντολή.</p>
		<p>- Η λειτουργία του σωλήνα LEVIN παρακολουθείται συχνά. Σημείωση και καταγραφή των υγρών του</p>

./...

σωλήνα LEVIN.

- Χρήρηση υγρών και αιμα-
ραΐτητων ηλεκτρολυτών
παρεντερικώς μετά από
ιατρική εντολή.
- Αναγραφή στην λογοδοσία
(ποσό, συχνότητα, χαρα-
κτήρας εμεσμάτων).

- Παρακολούθηση των ισο-
ζυγίων υγρών και ηλεκ-
τρολυτών.

ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ενδοφθάλμια πίεση ρυθμίστηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα.

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν την ενδοφθάλμια πίεση. Ενατάλλαξη πιλοκαρπίνης 2% ή 4% τρεις φορές την ημέρα. Χορήγηση ΒΕΤΑΓΑΝ (ΛΕΝΟΒΟΥΝΑΛΙΟ 0,5% μια φορά την ημέρα για ρύθμιση της ενδοφθάλμιας πίεσεως.
- Διδασκαλία του αρρώστου για αποφυγή συγκινησιακών καταστάσεων, εκνευρισμούς καθώς και κάθε αιτία διεγέρσεως του Ν.Σ. Επίσης αποφυγή φαρνίσματος βήχα, σκυψίματα, απότομων κινήσεων και τριψίματος ματιού με τα χέρια.

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Εναρξη φαρμακευτικής αγωγής.

- Συμβουλές για αποφυγή αυξήσεως της ενδοφθάλμιας πίεσεως.

1. Ρύθμιση της ενδοφθάλμιας πίεσεως.

4. Ο ασθενής παρουσιάζει αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσεως που κυμαίνεται από 25-26 ΜΜΗΓ.

ε. Νοσηλευτική περίπτωση

Ο ασθενής Π.Α. ηλικίας 53 ετών με διάγνωση χρόνιου απλού γλαυκώματος εισήχθη στο Νοσοκομείο στις 19 – 11 – 1999.

Η διάγνωση τέθηκε γρήγορα μετά από μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και την εξέταση της ψηλαφητής σκληρότητας του ματιού. Κρίθηκε σκόπιμο να εφαρμοστεί εντατικό φαρμακευτικό σχήμα και τέθηκε προγραμματισμός για χειρουργική θεραπεία.

Η Νοσηλεύτρια – της κατά την παραμονή του αρρώστου στο Νοσοκομείο προγραμμάτισε τις Νοσηλευτικές διεργασίες.

ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
<p>Βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς.</p>	<p>Χορήγηση τοπικών φαρμάκων που προκαλούν μύση. Ενστάλαξη πιλοκαρπίνης η CARBACHOL δύο ή τρεις φορές την ημέρα. Χορήγηση DIAMAX από το σιόμα MINYACOL-ESERINE 0,25% 18 ανά βωρο.</p>	<p>1. Εναρξη φαρμακευτικής αγωγής.</p> <p>2. Προσανατολισμός του ασθενούς μέσα στον θάλαμο και στη νοσηλευτική ομάδα.</p>	<p>1. Παράπονα του αρρώστου για απώλεια περιφερικής όρασης, ομιχλώδη όραση.</p>
	<p>Ενημέρωση του ασθενούς για τα αντικείμενα που βρίσκονται στον θάλαμο και τακτοποίηση αυτών σε θέση που δεν αλλάζει και παραμένουν στο ίδιο μέρος.</p> <p>Συστάσεις του ασθενούς με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και βοήθεια στην προσαρμογή του χώρου.</p>		

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του αρρώστου για πλήρη κατανόηση της θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ενημερώνεται για την φύση της ασθένειάς του, και για την σπουδαιότητά συνέχισης της θεραπείας και για τρόπο χορήγησης των σιγόνων. 	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το μάτι είναι ένα ευαίσθητο όργανο που η ακεραιότητα και λειτουργικότητα του κινδυνεύουν καθημερινά, αλλά και με την πάροδο της ηλικίας γίνεται ο καθρέπτης και άλλων σωματικών παθήσεων .

Λόγω της ιδιομορφίας της η πάθηση που ονομάζεται γλαύκωμα μπορεί αν συνεχιστεί για μακρό χρονικό διάστημα να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες στην όραση και καμιά θεραπεία δεν μπορεί να τις αποκαταστήσει. Γι' αυτό πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Δυστυχώς ο άνθρωπος δεν δίνει την πρέπουσα σημασία στο πολύτιμο αυτό όργανο όσο αυτό δεν πάσχει ή ανακαλύπτει την σπουδαιότητα του όταν η όραση αρχίζει να τον εγκαταλείπει.

Είναι χρέος και καθήκον της νοσηλεύτριας η σωστή ενημέρωση πάνω στις εξελίξεις της νόσου και η προσοχή της για να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Με την συνεργασία και την παρότρυνση αυτής πρέπει να ενημερώνεται και το συγγενικό περιβάλλον του αρρώστου ώστε να γνωρίζει το εύρος και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και στο ότι πρέπει να συμβουλευόνται και να βρίσκονται σε άμεση συνεργασία με τον οφθαλμίατρο για την πορεία και την βελτίωση της όρασης του γλαυκωματικού.

Για την καλή λειτουργία της όρασης προσθέτουμε μερικούς κανόνες για την υγιεινή των ματιών:

- μην παραλείπουμε την βιταμίνη Α στα γεύματά μας. Η έλλειψη της προκαλεί την ξηροφθαλμία η οποία μπορεί να οδηγήσει και στην τύφλωση ακόμη.

- μην επιτρέπουμε στον εαυτό μας να εργάζεται υπό τη σκιά φωτός όταν κάνουμε λεπτές εργασίες.
- να προσπαθούμε να ξεκουράζουμε την όραση μας.
- να έχουμε επαρκή ύπνο, ή έλλειψη του προκαλεί ερεθισμό, ερυθρότητα και κόπωση στα μάτια.

Η καλή υγιεινή καθώς και η σωστή διάγνωση πάνω στις ασθένειες των ματιών συμβάλλουν στην σωστή διατήρηση της οράσεως.

Η διατήρηση της οράσεως θα πρέπει να αποτελεί μεγάλη μέριμνα απο την νοσηλεύτρια προς τον ασθενή για την ψυχολογική ισορροπία του λόγω της απώλειας της εικόνας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανάτου Ελευθερία “κλινική νοσηλευτική βασικές και ειδικές νοσηλείες” Έκδοση Β΄, Αθήνα 1992.
2. Βελισσαρόπουλος Κ. Παναγιώτης “Επίτομος οφθαλμολογία” τεύχος Α, Αθήνα 1973.
3. Γεωργιάδης Δ. Γεώργιος “στοιχεία οφθαλμολογίας” Θεσσαλονίκη 1972.
4. Γούλια Γ. Ειρήνη “Εφαρμοσμένη νοσηλευτική ” Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων “Η Ταβίθα” Αθήνα 1991.
5. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος “στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής” τόμος έτους 1990.
6. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος “στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής” Τόμος έτους 1991.
7. Θεοδοσιάδης Γ.Π. “Τι νεότερο στην οφθαλμολογία 1989-1990” Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990.
8. Καρκαζής Γ. “Σημειώσεις οφθαλμολογίας” Αθήνα 1988.
9. Μαλγαρινού Μ.Α- Κωνσταντινίδου Σ.Φ “Νοσηλευτική - Παθολογική -Χειρουργική” Τόμος Β, Μέρος 2, Εκδόσεις “Η Ταβίθα” Σ.Α Αθήνα 1990.
- 10.Οικονομίδης Ιωνας-Πολλάλης Σπύρος “Κλινική Οφθαλμολογία-Γλαύκωμα” Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1983.
11. Πρακτικά 13ου Πανελληνίου Οφθαλμολογικού Συνεδρίου, Καβάλα 5-8 Ιουνίου 1980.
12. Σαχίνη - Καρδάση Άννα Πάνου Μαρία “παθολογική και χειρουργική οφθαλμολογική” Τόμος 2ος, Μέρος Α΄,Β΄ Επανέκδοση , Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

13. Χαράμης Ι.Σ “μαθήματα οφθαλμολογίας” Δωρεά Εθνικής Κυβερνήσεων Πανεπιστημίου Αθηνών.

14. Χειλάρη Γ.Α “Πρόοδοι και προβλήματα της χειρουργικής των οφθαλμών”. Επιστημονικές Εκδόσεις Λίτσας, Τόμος 3, Αθήνα 1991.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. “Οφθαλμολογικά Χρονικά” Έτος 23, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1986, Ιατρικές Εκδόσεις Τούντα.

2. “Οφθαλμολογικά Χρονικά” Έτος 24, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1987, Ιατρικές Εκδόσεις Τούντα.

3. “Οφθαλμολογικά χρονικά” Έτος 24, Τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1987, Ιατρικές Εκδόσεις Τούντα.

