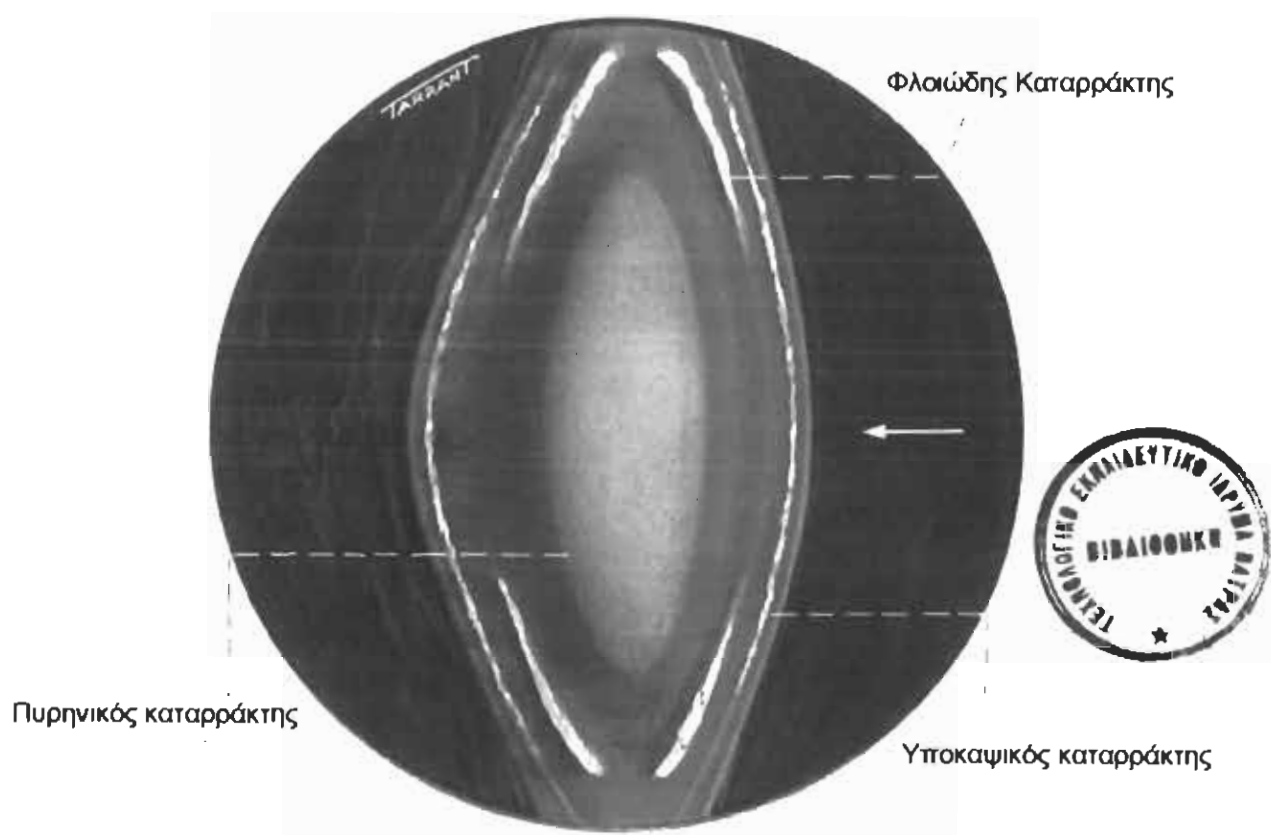


ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες"



Εισηγητές:
Βασιλόπουλος Γεώργιος
Μπατζί Ελένη

Σπουδάστρια:
Αποστολοπούλου Ελένη

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3372

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	5
ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	11
ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ	11
Ορισμός	11
Παράγοντες που επηρεάζουν τον καταρράκτη	11
Ταξινόμηση του καταρράκτη με βάση την αιτία	11
Ταξινόμηση του καταρράκτη με βάση την εντόπιση της θόλωσης (μορφές)	13
Ταξινόμηση με βάση την εξέλιξη της καταρρακτογένεσης	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	21
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ	21
Καταρράκτης και χειρουργική αντιμετώπιση	21
Προεγχειρητικός έλεγχος του ασθενή	21
Η εξέλιξη της εγχείρησης του καταρράκτη	22
Η εξέλιξη της αναισθησίας στην εγχείρηση του καταρράκτη	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	29
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ	29
Διεγχειρητικές επιπλοκές του καταρράκτη	29
Μετεγχειρητικές επιπλοκές καταρράκτη	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	35
ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	35
Προεγχειρητική ετοιμασία οφθαλμολογικού αρρώστου	36
Μετεγχειρητική φροντίδα οφθαλμολογικού αρρώστου	39
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	44

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

Περίπτωση 1 ^η :	44
Περίπτωση 2 ^η	47
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γνωρίζοντας, ότι ο οφθαλμός είναι ένα από τα πιο σημαντικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού, με το οποίο ερχόμαστε σε οπτική επαφή με τον κόσμο που μας περιβάλλει καθώς και τον σημαντικό ρόλο που παίζει στην οπτική λειτουργία το μικρό διάφανο όργανο (ο φακός) θέλησαν να εμβαθύνω τις γνώσεις μου πάνω στο θέμα αυτό. Μια από τις πιο συνήθεις οφθαλμικές παθήσεις είναι ο καταρράκτης, η απώλεια δηλαδή της διαφάνειας του φακού. Με αυτό το θέμα θα ασχοληθώ σε αυτή την εργασία.

Έχοντας την συμπαράσταση της κυρίας Μπατζή, του κυρίου Βασιλόπουλου και του χειρουργικού TEAM του κυρίου Βασιλόπουλου καθώς και της νοσηλευτικής ομάδας του χειρουργείου του 409 κατόρθωσα να αποκτήσω τις γνώσεις πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

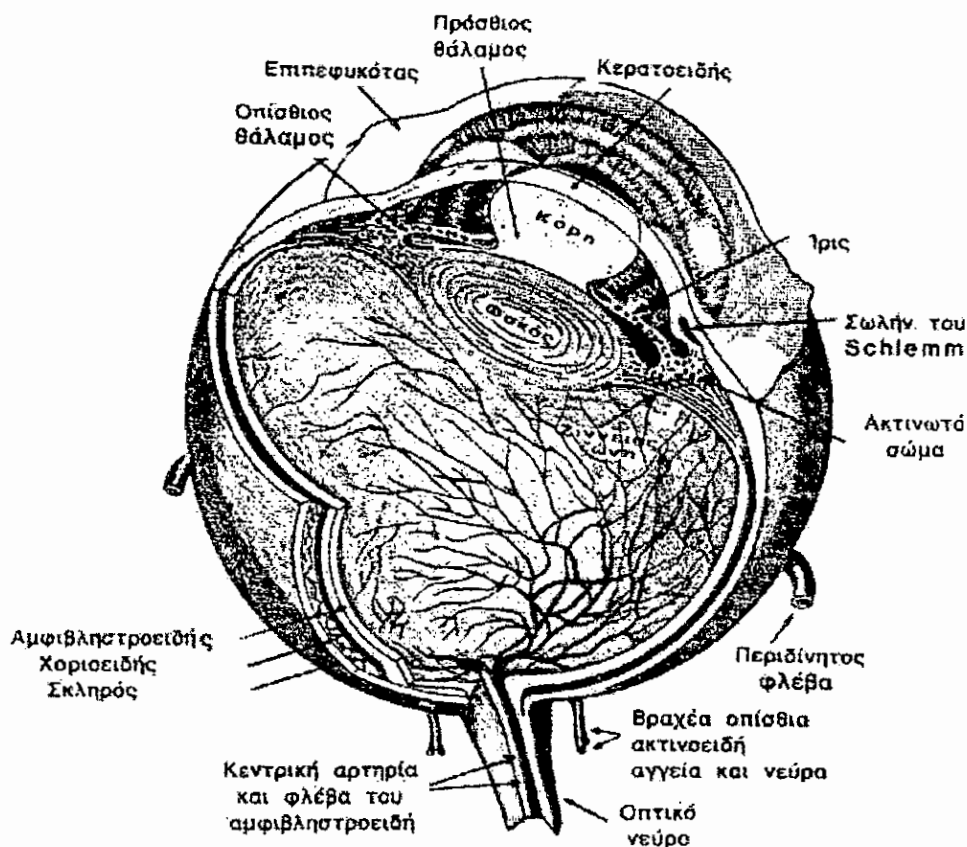
Ευχαριστώ όλους για την πολύτιμη βοήθεια τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

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



Βολός: 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 του σχήμα. Διαιρείται σε δυο μέρη: Το σκληρό και τον κερατοειδή. Ο σκληρός χιτώνας αποτελεί τα 5/6 του ινώδη. 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 ινώδη χιτώνα και είναι το 1/6 αυτού. Ο χιτώνας αυτός είναι διαφανής και επιτρέπει στις φωτεινές ακτίνες να περάσουν μέσα στο μάτι.

Αγγειώδης χιτώνας: Βρίσκεται μέσα από τον ινώδη 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 κοκκία 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 ακτινοειδείς προβολές βρίσκεται ο ακτινωτός μυς, που προσαρμόζει το φακό για να βλέπει κοντά ή μακριά. Η ενέργεια αυτή μεταφέρεται στο φακό με πάρα 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 μέσον της ίριδας υπάρχει ένα άνοιγμα, η *κόρη*. Η κόρη μικραίνει ή μεγαλώνει το πλάτος της με τη βοήθεια των λείων μυϊκών ινών της ίριδας, που σχηματίζουν το σφιγκτήρα (κλείνει) και διαστολέα (ανοίγει) μυ της κόρης. Έτσι, σαν διάτρητο διάφραγμα, η ίριδα ρυθμίζει το ποσό των φωτεινών ακτίνων που μπαίνουν στο βολβό. Το χρώμα της ίριδας ακολουθεί συνήθως το χρώμα των μαλλιών της κεφαλής, αλλά μερικές φορές είναι και διαφορετικό.

Αμφιβληστροειδής χιτώνας: Είναι ο εσωτερικότερος και σπουδαιότερος και σ' αυτόν το φωτεινό ερέθισμα μετατρέπεται σε οπτική αίσθηση. Ο αμφιβληστροειδής αποτελείται από δυο πέταλα. Το ένα, αμέσως μέσα από το χοριοειδή, ονομάζεται μελάγχρουν επιθήλιο και τα κύτταρά του παράγουν μια χρωστική, την πορφύρα, που βοηθεί την όραση στο λυκόφως το βράδυ. Μέσα από το πέταλο αυτό βρίσκεται το νεύρινο 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 του αμφιβληστροειδή, αυτά που βρίσκονται προς το μελάγχρουν επιθήλιο ονομάζονται οπτικά και έχουν αποφυάδες, που ανάλογα με τη μορφή τους διακρίνονται σε κωνία και ραβδία. Τα κωνία χρησιμεύουν για την όραση στο φως και τη διάκριση των χρωμάτων, ενώ τα ραβδία ευαισθητοποιούνται από την πορφύρα και χρησιμεύουν για την όραση στο λυκόφως.

Το φωτεινό ερέθισμα μεταφέρεται στον εγκέφαλο με ένα νεύρο, που ονομάζεται οπτικό νεύρο. Η περιοχή του βολβού, από όπου μπαίνουν στο μάτι το οπτικό νεύρο και τα αγγεία, ονομάζεται *οπτική θηλή*.

Το περιεχόμενο του βολβού αποτελείται από το α) υδατοειδές υγρό, β) τον κρυσταλλοειδή φακό και γ) το υαλώδες σώμα.

α) Το υδατοειδές 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. Είναι αμφίκυρτος, διαφανής και συντελεί ώστε να βλέπουμε καθαρά και από κοντά και από μακριά. Αυτό οφείλεται στην ιδιότητα που έχει να αυξομειώνει το μέγεθός του.

γ) Το υαλώδες σώμα είναι ουσία πηκτοειδής, διαφανής και καταλαμβάνει ολόκληρο το χώρο όπου βρίσκεται μεταξύ φακού και αμφιβληστροειδή χιτώνα.

Εξαρτήματα του βολβού

Τα βλέφαρα είναι δύο, το πάνω και το κάτω. Προστατεύουν το βολβό από τις εξωτερικές επιδράσεις και τον κερατοειδή, που υγραίνεται από τα δάκρυα. Στα άκρα τους έχουν τις βλεφαρίδες. Το σημείο που ενώνεται το πάνω και κάτω βλέφαρο ονομάζεται κανθός. Το μέρος του κανθού που βρίσκεται προς τη μύτη λέγεται «έσω» και εκείνο που είναι προς τον κρόταφο «έξω».

Ο επιπεφυκότας είναι λεπτός υμένας (βλεννογόνος) που σκεπάζει την εσωτερική επιφάνεια των βλεφάρων και την 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 στη μύτη λέγεται αποχετευτικό.

Το εκκριτικό τμήμα αποτελείται από το δακρυϊκό αδένα, που βρίσκεται προς τα πάνω και έξω από το βολβό. Το αποχετευτικό τμήμα αποτελείται από τα δακρυϊκά σημεία (ένα σε κάθε βλέφαρο κοντά στον έσω κανθό), τα δακρυϊκά σωληνάκια (ένα σε κάθε βλέφαρο συνέχεια από τα δακρυϊκά σημεία), το δακρυϊκό ασκό, όπου συγκεντρώνονται τα δάκρυα και το ρινοδακρυϊκό πόρο, που καταλήγει στη μύτη.

Οι μύες του ματιού κινούν το μάτι προς τις διάφορες κατευθύνσεις και είναι έξι. Από αυτούς οι 4 ονομάζονται ορθοί και οι δυο λοξοί. Οι ορθοί, ανάλογα με τη διεύθυνση στην οποία φέρουν το μάτι, διακρίνονται σε εσωτερικούς, εξωτερικούς, πάνω και κάτω. Οι δυο λοξοί είναι ο πάνω και ο κάτω.

Το αισθητήριο της όρασης 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. Ο αμφίκυρτος φακός συγκεντρώνει τις ακτίνες, που παίρνουν τέτοια κατεύθυνση, ώστε τα διάφορα σημεία του αντικειμένου που βλέπουμε να φαίνονται σε διάφορα σημεία του αμφιβληστροειδή. Έτσι, πάνω στον αμφιβληστροειδή σχηματίζεται το καθαρό αλλά αναστραμμένο είδωλο του αντικειμένου. Η προβολή αυτή 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 όρασης. Το κέντρο αυτό επεξεργάζεται τα ερεθίσματα και το είδωλο αναστρέφεται πάλι ώστε να βλέπουμε τα αντικείμενα κανονικά και όχι αναστραμμένα.

Ο φυσιολογικός οφθαλμός μπορεί να προβάλλει τα είδωλα πάνω στον αμφιβληστροειδή, και τα κοντινά και τα μακρινά με την ενέργεια του

ακτινωτού μυός (κύρτωση φακού ή επιπέδωση). Η ιδιότητα αυτή ονομάζεται προσαρμοστική ικανότητα. Το μικρότερο όριο απόστασης, για να λειτουργήσει η όραση, είναι 12 εκ.

Η προβολή του ειδώλου γίνεται και στα δυο μάτια ταυτόχρονα και τα είδωλα φαίνονται σαν ένα, όσο τα μάτια βρίσκονται σε κανονική θέση. Αν πιέσουμε λίγο το ένα, βλέπουμε το αντικείμενο διπλό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

Ορισμός

Καταρράκτης είναι η οφθαλμική πάθηση που εκδηλώνεται με μερική ή ολική απώλεια της διαφάνειας του φακού του ματιού.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον καταρράκτη

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τον καταρράκτη είναι:

1. Βιολογικοί (ηλικία και γενετικές διαταραχές)
2. Ανοσολογικοί (μέσω αντισωμάτων)
3. Μεταβολικοί (από διαταραχές ορμονών, έλλειψη βιταμινών και διαταραχές ιχνοστοιχείων και ιόντων)
4. Τοπικοί παράγοντες (διαταραχές οι οποίες προέρχονται από μεταβολισμό μέσα στο φακό ή στο υδατοειδές)
5. Παράγοντες περιβάλλοντος (ακτινοβολίες)

Ταξινόμηση του καταρράκτη με βάση την αιτία

Οι καταρράκτες χωρίζονται σε:

- α) Συγγενείς και
- β) Επίκτητους

α) ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Στους συγγενείς καταρράκτες παρατηρείται μια μερική ή ολική θόλωση του φακού κατά την γέννηση.

Μεγάλο ποσοστό ανθρώπων έχουν μικρές θολερότητες φακού οι οποίες δεν φαίνονται με γυμνό οφθαλμό και δεν εξελίσσονται. Αυτές δεν προκαλούν ελάττωση της οράσεως. Αρκετές όμως φορές ο φακός δεν έχει τα χαρακτηριστικά τύπου συγγενούς καταρράκτη κατά τη γέννηση αλλά μετά τη πάροδο μηνών ή ετών. Οι συγγενείς καταρράκτες εμφανίζονται συχνά παράλληλα με ανωμαλίες και άλλων οργάνων.

Είναι άγνωστη η αιτιολογία των καταρακτών. Εξαίρεση αποτελούν μερικές μορφές όπως:

1. Κληρονομικός μεταβιβαζόμενος συγγενής καταρράκτης
2. Μη κληρονομικός συγγενής καταρράκτης

1. Κληρονομικός μεταβιβαζόμενος συγγενής καταρράκτης:

Πολλές φορές μένει όπως έχει σε όλη τη διάρκεια της ζωής και άλλες φορές εξελίσσεται. Πολλές φορές επίσης αποτελεί μεμονωμένη παθολογική εκδήλωση, ενώ άλλοτε συνιστά συμπτώματα γενικότερων, συνδρόμων.

2. Μη κληρονομικός συγγενής καταρράκτης:

Κυριότερα αίτια αυτών είναι οι ανωμαλίες κατά την διάπλαση του οφθαλμού.

Συγγενείς καταρράκτες από εμβρυοπάθεια.

Οι αιτίες που προσβάλλουν τον φακό κατά την ανάπτυξη (πρώτο τρίμηνο της κύησης) και προκαλούν θόλωση του φακού είναι:

1. Ερυθρά: Αν η εγκυμονούσα προσβληθεί από ερυθρά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης το βρέφος γεννιέται με συγγενή καταρράκτη (ποσοστό 80%). Ο καταρράκτης από ερυθρά μπορεί να είναι ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος
2. Ιογενή νοσήματα: (Εκτός ερυθράς). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν: η γρίπη, η παρωτίτιδα, η λοιμώδης ηπατίτιδα, η ιλαρά, η ανεμοβλογιά, ο έρπης ζωστήρ, η πολυομελίτις.
3. Μικροβιακά αίτια: τα κυριότερα είναι η ώχρα σπειροκαίτη και το τοξόπλασμα. Η κληρονομική σύφιλη η οποία προκαλεί ιριδοκυκλίτιδα μπορεί να κάνει ενδομήτρια θόλωση του φακού πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς. Η τοξοπλάσμωση έχει μεγαλύτερη επίδραση στο οπίσθιο ημιμόριο του οφθαλμού. Αρκετές φορές προκαλεί και καταρράκτη πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς.
4. Φυσικοί παράγοντες: Εάν στο πρώτο τρίμηνο της κύησης έχουμε έκθεση σε ακτινοβολία με ακτίνες ROENTGEN μπορεί να προκληθεί θόλωση του φακού του εμβρύου.
5. Χημικοί παράγοντες: Τα ενδεχομένως χορηγούμενα φάρμακα στις εγκύους προκαλούν συγγενή καταρράκτη του εμβρύου σε μεγάλα ποσοστά.
6. Διάφοροι άλλοι παράγοντες: Τραύμα τοκετού, παραμονή πρωτοπαθούς υπερπλαστικού υαλοειδούς.

Ταξινόμηση του καταρράκτη με βάση την εντόπιση της θόλωσης (μορφές)

- α) Φλοιώδης καταρράκτης: όπου η θόλωση εντοπίζεται κυρίως στο φλοιό
- β) Πυρηνικός καταρράκτης: όπου η θόλωση εντοπίζεται στον πυρήνα

γ) Καψικός καταρράκτης (πρόσθιος ή οπίσθιος): όπου η θόλωση εντοπίζεται στο πρόσθιο ή οπίσθιο περιφάκειο

δ) Πολικός καταρράκτης (πρόσθιος ή οπίσθιος): όπου η θόλωση εντοπίζεται αμέσως κάτω από το πρόσθιο ή οπίσθιο περιφάκειο

ε) Ζωνοειδής καταρράκτης: όπου η θόλωση περιβάλλει τον πυρήνα σαν δακτυλίδι

στ) Καταρράκτης των ραφών: όπου η θόλωση είναι σε σχήμα Υ ή στο κέντρο του φακού

ζ) Στεφανοειδής καταρράκτης: όπου έχουμε κυκλικές, κάτω από τον ισημερινό του φακού, γραμμοειδείς θαλερότητες

Καθώς προχωράει η διαδικασία της καταρρακτογένεσης ο διαχωρισμός αυτός γίνεται λιγότερο σαφής γιατί η θόλωση επεκτείνεται σε όλες τις στοιβάδες του φακού.

Ταξινόμηση με βάση την εξέλιξη της καταρρακτογένεσης

Αρχόμενος

Ωριμος

Υπερώριμος

β) ΕΠΙΚΤΗΤΟΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ

Οι επίκτητοι καταρράκτες χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

A) Γεροντικοί καταρράκτες

B) Παθολογικοί καταρράκτες

Γ) Τραυματικοί καταρράκτες

Δ) Δευτερογενείς καταρράκτες

A) Γεροντικοί καταρράκτες

Ο γεροντικός καταρράκτης εμφανίζεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας, με εξέλιξη αργή ή γρήγορη. Οι συνήθεις μορφές που εμφανίζονται είναι οι εξής τρεις:

1. Ο φλοιώδης καταρράκτης
2. Ο πυρηνικός καταρράκτης
3. Ο οπίσθιος κυπελλοειδής

1.Φλοιώδης καταρράκτης: Μετά το 50ο έτος της ηλικίας η εξέλιξη είναι γρήγορη και παρουσιάζεται ελάττωση της οράσεως γρήγορα.

Επίσης ο ασθενής με φλοιώδη καταρράκτη έχει καλύτερη όραση την ημέρα όταν η κόρη είναι σε μύση σε αντίθεση με τη νύχτα που η κόρη είναι σε μυδρίαση λόγω της παρεμπόδισης της οράσεως από την περιφερική θόλωση.

Η κόρη του οφθαλμού βαθμιαία γίνεται πιο λευκή. Στην οφθαλμολογική εξέταση – σκιοσκοπία και οφθαλμοσκόπηση – διακρίνονται διαμέσου της ρόδινης ανταύγειας της κόρης μελανά σφηνοηδείς σχηματισμοί, διατεταγμένοι ακτινόποδως που έχουν την βάση τους στον ισημερινό του φακού και την κορυφή τους στο κέντρο.

Το σχήμα του φακού είναι σφαιρικό, εξηδημένο ενώ το περιφάκιο του είναι εύθραυστο. Σε προχωρημένο στάδιο θολώνει ολόκληρος ο φακός συμπεριλαμβανομένου και του πυρήνα. Το κορικό πεδίο μετατρέπεται σε λευκό και κατά την διάρκεια της σκιασκοπίας ή της οφθαλμοσκόπησης δεν έχουμε ρόδινη ανταύγεια της κόρης. Η όραση είναι μόνο αντίληψη κινημένου χεριού μπροστά από το μάτι και αυτός ονομάζεται όψιμος φλοιώδης καταρράκτης.

2. Πυρηνικός καταρράκτης: Ο ασθενής παραπονιέται ότι η ελάττωση της όρασής του αρχίζει σαν θάμπωμα και εξελίσσεται αργά. Ο ασθενής βλέπει καλύτερα την νύχτα λόγω της διεύρεσης της κόρης διότι αποκαλύπτονται τα διαυγή περιφερειακά στρώματα του φακού σε αντίθεση με την ημέρα, όπου λόγω της μύσης, οι ακτίνες είναι υποχρεωμένες να διασχίσουν μόνο το θολερός μέρος του φακού. Στα πρώτα στάδια με την απλή οφθαλμοσκόπηση – επισκόπηση, το κορικό πεδίο φαίνεται μέλαν.

Η εξέταση του ασθενούς στην σχισμοειδή λυχνία όμως, μας βεβαιώνει για την θολερότητα του ματιού. Αν ανατρέξουμε στην σκιασκοπεία και οφθαλμοσκόπηση διακρίνουμε μέσω της ρόδινης ανταύγειας της κόρης στρογγυλή μελανή σκιά. Όταν προχωρήσει η θόλωση η όραση έχει ελαττωθεί αισθητά. Επίσης στην σχιζμοειδή λυχνία φαίνεται ο θολερός κτριμόφαιος πυρήνας του φακού.

Στο τελικό στάδιο η θόλωση έχει καταλάβει όλο το φακό δηλαδή και την περιφέρεια. Η κόρη γίνεται λευκόφαιος, και η όραση έχει περιοριστεί σε αντίληψη κινούμενου χειρός ή αντόληψη φωτός. Ο καταρράκτης αυτός θεωρείται ώριμος.

Εάν δεν χειρουργηθεί στο στάδιο αυτό, ο πυρηνικός καταρράκτης θα γίνει υπερώριμος, μέλας, σκληρός.

3. Οπίσθιος υποκαψικός ή κυπελλοειδής καταρράκτης: Προκαλεί πρώιμη και σημαντική ελάττωση της όρασης.

Σε γενόμενη οφθαλμοσκόπηση εμφανίζεται στο κεντρικό τμήμα της ρόδινης ανταύγειας της κόρης σαν στρογγυλό δικτυωτό πέπλο το οποίο καλύπτει μόνο τον οπίσθιο πόλο του φακού. Στην σχιζμοειδή λυχνία διαπιστώνουμε την εντόπιση της θόλωσης ακριβώς μπροστά από το πίσω περιφάκειο.

Υποκειμενικά συμπτώματα του γεροντικού καταρράκτη

- Ανώδυνη, προοδευτική απώλεια όρασης
- Εξασθένιση αντίληψης χρωμάτων
- Αντανακλάσεις γύρω από φωτισμένα αντικείμενα (σκέδαση φωτός, πρόβλημα στην οδήγηση την νύχτα)
- Μονοφθαλμία διπλοποία

Αντικειμενικά συμπτώματα του γεροντικού καταρράκτη

1. Διαθλαστικές ανωμαλίες:
 - Μυωπία (πυρηνικός καταρράκτης)
 - Υπερμετροπία (φλοιώδης καταρράκτης)
 - Αστιγματισμός
2. Εστιακή ή διάχυτη θόλωση του φακού (στην σχισμοειδή λυχνία)

Επιπλοκές του γεροντικού καταρράκτη

Ο καταρράκτης ο ώριμος πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά σε όλες τις μορφές και στις τρεις περιπτώσεις μπορεί να έχουμε επιπλοκές:

2. Οξύ γλαύκωμα κλειστής γωνίας: Οιδηματώδης φακός σπρώχνει την ίριδα προς τα μπροστά, αποφράζοντας την γωνία του πρόσθιου θαλάμου.
3. Φακολυτικό γλαύκωμα: Υπερώριμος φακός με διαρροή φακικών μαζών στον πρόσθιο θάλαμο, το οποίο οδηγεί σε φλεγμονή και έχει σαν αποτέλεσμα απόφραξη της γωνίας του πρόσθιου θαλάμου.
4. Το φακοαναφυλακτικό γλαύκωμα. Έχουμε φακιαίες μάζες και ουσίες στο υδατοειδές υγρό. Έχουμε αντόματα ευαισθητοποίηση οφθαλμού

από την ουσία η οποία συμπεριφέρεται σαν αντιγόνο. Κατά αυτόν τον τρόπο σε νέα έξοδο της ουσίας του φακού η οποία συμπεριφέρεται σαν οξύ έχουμε αντίδραση (τις περισσότερες φορές) ανοσοβιολογική.

5. Εκτόπιση του φακού. Σε πολλές περιπτώσεις με υπερώριμο καταρράκτη δημιουργείται ρήξη των ινών της ζιννείου ζώνης. Αρχικά συνήθως μερική ρήξη.

Αποτελέσματα αυτής είναι η μερική ή ολική εκτόπιση του φακού. Στην περίπτωση της μερικής εκτόπισης έχουμε ιριδοδόνηση ενώ στην ολική μορφή εκτοπίσεως του φακού, ο φακός αποκόλλεται ή προς το υαλοϊδές σώμα ή προς τον πρόσθιο θάλαμο.

Η εκτόπιση του φακού πολύ συχνά μας δίνει δευτεροπαθείς γλαύκωμα.

B) Παθολογικοί καταρράκτες

Καταρράκτες σε νοσήματα ανταλλαγής της ύλης.

1. Διαβητικός καταρράκτης (φλοιώδης – όπως υποκαψικός)

α) Σε διαβητικούς μικρής ηλικίας θα παρατηρηθούν λευκές (σαν νιφάδες χιονιού) θολώσεις

β) Σε διαβητικούς μεγαλύτερης ηλικίας είναι συχνότερος ο καταρράκτης σε σχέση με τους συνομήλικους υγιείς και έχει πιο γρήγορη εξέλιξη

2. Καταρράκτης τετονίας ή τετανικός (υπό Ca)

Στην περίπτωση αυτή βρίσκουμε υποπεριφακικές στικτές θολερότητες όπως και θολώσεις ινών στην περιοχή του ενήλικα πυρήνα

3. Καταρράκτης από κορτιζόνη

Δημιουργείται από ένα μεγάλο χρονικό διάστημα διαρκούς θεραπείας με κορτιζόνη και αρχικά, στις περισσότερες περιπτώσεις, εμφανίζεται οπίσθιος υποκαψικός καταρράκτης.

4. Καταρράκτης γαλακτοζαιμία

Στα νεογέννητα δημιουργείται ένας τύπος καταρράκτου που είμαστε σε θέση να τον θεραπεύσουμε με διαίτα ελεύθερης γαλακτόζης. Είναι ο μοναδικός ανατάξιμος καταρράκτης.

Γ) Τραυματικοί καταρράκτες

Καταρράκτες σε τραυματισμούς

1. Καταρράκτης μετά από θλάση: Επέρχεται θόλωση του φακού μετά από θλάση (χτύπημα) και παίρνει την μορφή μιας τραυματικής όψιμης ροζέτας, που είναι εμφανής κάτω από το πρόσθιο περιφάκιο.

Αυτή η θόλωση με την πάροδο του χρόνου προχωρεί σε βαθύτερες στοιβάδες.

2. Καταρράκτης σε διαμπερές τραύμα: Μετά από διάτρηση του πρόσθιου περιφακίου, το υδατοειδές υγρό εισχωρεί στα στρώματα του φακού και τα διογκώνει.

Εάν στο μάτι παραμείνει ξένο σώμα π.χ. σίδηρο, αυτό σκουριάζει και ο φακός γίνεται φαιωπός (σιδήρωση φακού).

Εάν το ξένο σώμα είναι από χαλκό τότε έχουμε μια χρυσοπράσινη γιαιλυστερή θόλωση του περιφακίου, που έχει το σχήμα του ηλιοτροπίου.

3. Ακτινικός καταρράκτης: Είναι αυτός που παρουσιάζεται συνήθως 2-3 χρόνια μετά από ακτινοβολία με CGY. Κατά την έκθεση σε ακτινοβολίες με ακτίνες ROUERRN στην περιοχή του χορείου, τα μάτια πρέπει να προστατεύονται με προσθέσεις μολυβδόχρωμων γυαλιών.

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

4. Καταρράκτης καλουργών ή πυρογενής καταρράκτης: Είναι αποτέλεσμα της έκθεσης σε ακτινοβολία. Έχουμε θόλωση στον οπίσθιο πόλο των φακών και απόκλιση πεταλίων από το πρόσθιο περιφάκιο.

5. Καταρράκτης από ηλεκτρισμό: Δημιουργείται από τραυματισμό με ισχυρό ρεύμα ή κεραυνοπληξία

- Καταρράκτης σε οφθαλμικές παθήσεις:

1. Καταρράκτης επιπλοκής: Είναι συχνός σε ενδοφθάλμιες παθήσεις π.χ. χρόνια ιριδοκυκλίτιδα, γλαύκωμα, αποκόληση αμφιβληστροειδή ή σε μελαχρωστική εκφύλιση, ενδοφθάλμιοι όγκοι.

2. Καταρράκτης ετεροχρωμικός (του Fucks): Είναι ένας καταρράκτης που παρατηρείται μόνο μονόπλευρα σε ετερόχρωμη ιριδοκυκλίτιδα. Η χειρουργική εξαίρεση είναι αρκετά καλή παρά τα σημεία φλεγμονής.

Δ) Δευτερογενής καταρράκτης

- Καταρράκτης σε γενικές παθήσεις:

1. Μυοτονικός καταρράκτης: Ο καταρράκτης αυτός είναι σπάνιος και παρουσιάζεται στην μυοτονική δυστροφία.

2. Καταρράκτης από δερματικές παθήσεις: Δημιουργείται σε χρόνια νευροδερματίτιδα και πολύ σπάνια σε άλλες παθήσεις του δέρματος.

3. Καταρράκτης σε δηλητηριάσεις: Προκαλείτε από εργυτίνη, απισχατικά, δινιτροφαιόλη ή δινοτροκρεόλη καθώς και διμεθυλοσουλφοξειδίου ή θιόλι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Η διάγνωση του καταρράκτη γίνεται με σχισμοειδή λυχνά. Επίσης γίνεται με το έμμεσο ή άμεσο οφθαλμοσκόπιο. Στην εξέταση με το άμεσο οφθαλμοσκόπιο δεν έχουμε την ρόδινη ανταύγεια του αμφιβλιστροειδή. Η εικόνα είναι ασαφής λόγω της πυκνότητας του καταρράκτη (υπερώριμος).

Κατά την εξέταση εξετάζουμε πάντα την οπτική θηλή (οπτικό νεύρο) και την ωχρή κηλίδα.

Όταν ο καταρράκτης είναι ώριμος δεν έχουμε σαφή εικόνα του αμφιβληστροειδούς ενώ όταν έχουμε ευκρινή εικόνα του αμφιβληστροειδούς δεν υπάρχει καταρράκτης και η μείωση της οπτικής οξύτητας οφείλεται σε άλλους λόγους.

Καταρράκτης και χειρουργική αντιμετώπιση

Οι περισσότερες μορφές καταρράκτη αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

Η θεραπεία με ινσουλίνη και ασβέστιο μπορεί μερικές φορές να επιβραδύνει την εξέλιξη του διαβητικού ή τετανικού καταρράκτη. Η θολωμένες όμως ίνες ακόμα υπάρχουν.

Σε όλες τις άλλες μορφές γεροντικού καταρράκτη δεν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή – θεραπεία. Η μόνη θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση.

Προεγχειρητικός έλεγχος του ασθενή

- Οφθαλμολογικές εξετάσεις

Παίρνουμε πλήρες ιστορικό (οφθαλμικό και ατομικό) από τον ασθενή. Κάνουμε ερωτήσεις για πιθανές αλλεργίες σε οπτικά ή γενικά αναισθητικά, και ερωτήσεις για πιθανές άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Παίρνουμε οπτική οξύτητα, ελέγχουμε τον ασθενή στην σχισμοειδή λυχνία, κάνουμε τονομέτρηση (ενδοφθάλμια πίεση), γωνιοσκόπηση, μυδρίαση, οφθαλμοσκόπηση και πλύση του πόρου) κλπ.

Κατά την εξέταση είναι βασική η καλή μυδρίαση της κόρης. Αυτή γίνεται με μυδιατικό Tropicall και Pitenylephrine 10%. Με την μυδρίαση ελέγχουμε ανατομικά το εσωτερικό του οφθαλμού. Αν δεν βυθοσκοπείτε ο ασθενής γίνεται B- Scan U/S. Γίνεται επίσης κερατομετρία A-Scan U/S, βιομετρία για τον προσδιορισμό του κατάλληλου φακού.

- Γενικές εξετάσεις

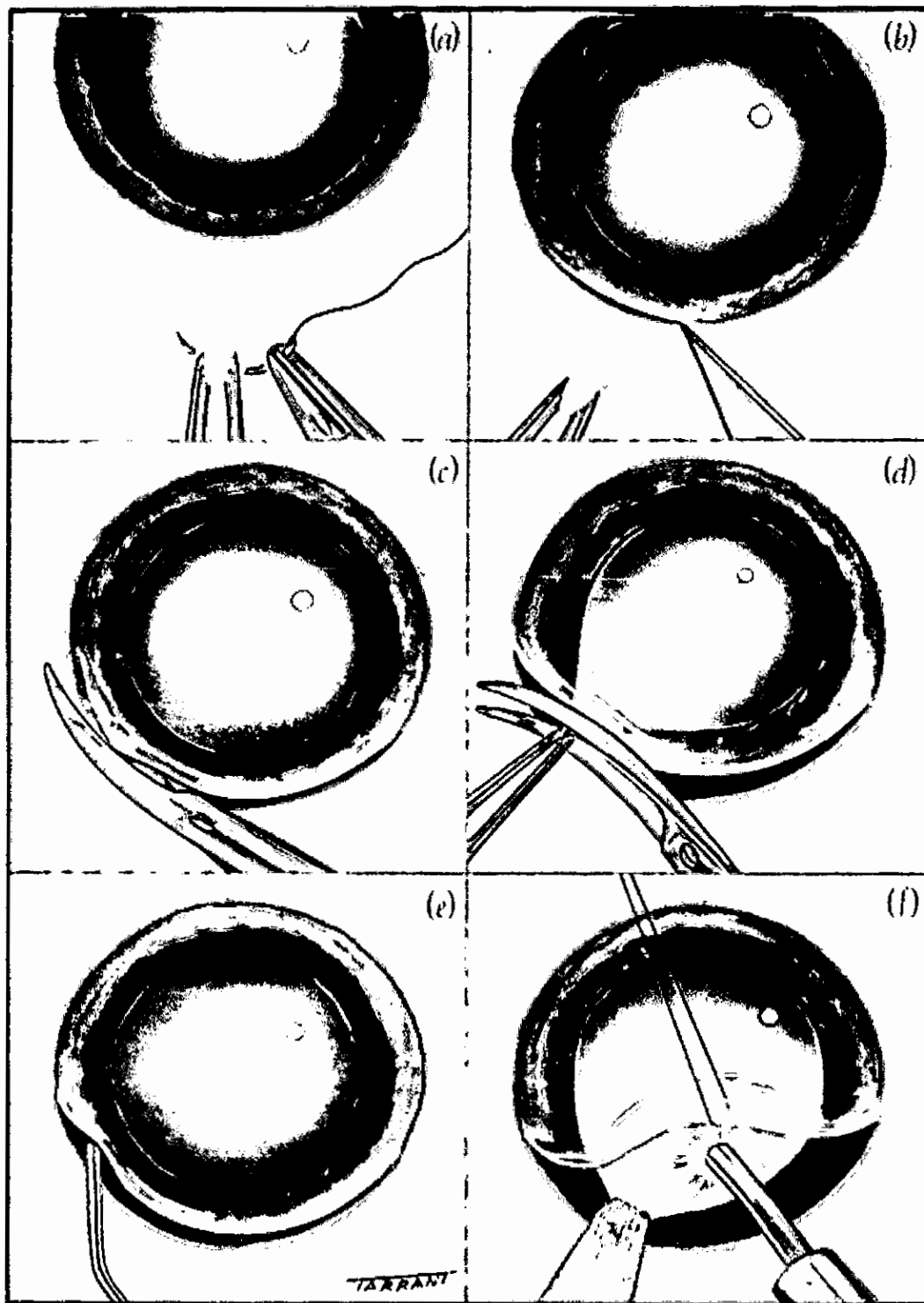
Γενική αίματος, αιματοκρίτης, ταχύτητα καθίζησης, ουρία, ζάχαρο, ΗΚΓ με διάγνωση καρδιολόγου και α/α θώρακος με διάγνωση ακτινολόγου.

Η εξέλιξη της εγχείρησης του καταρράκτη

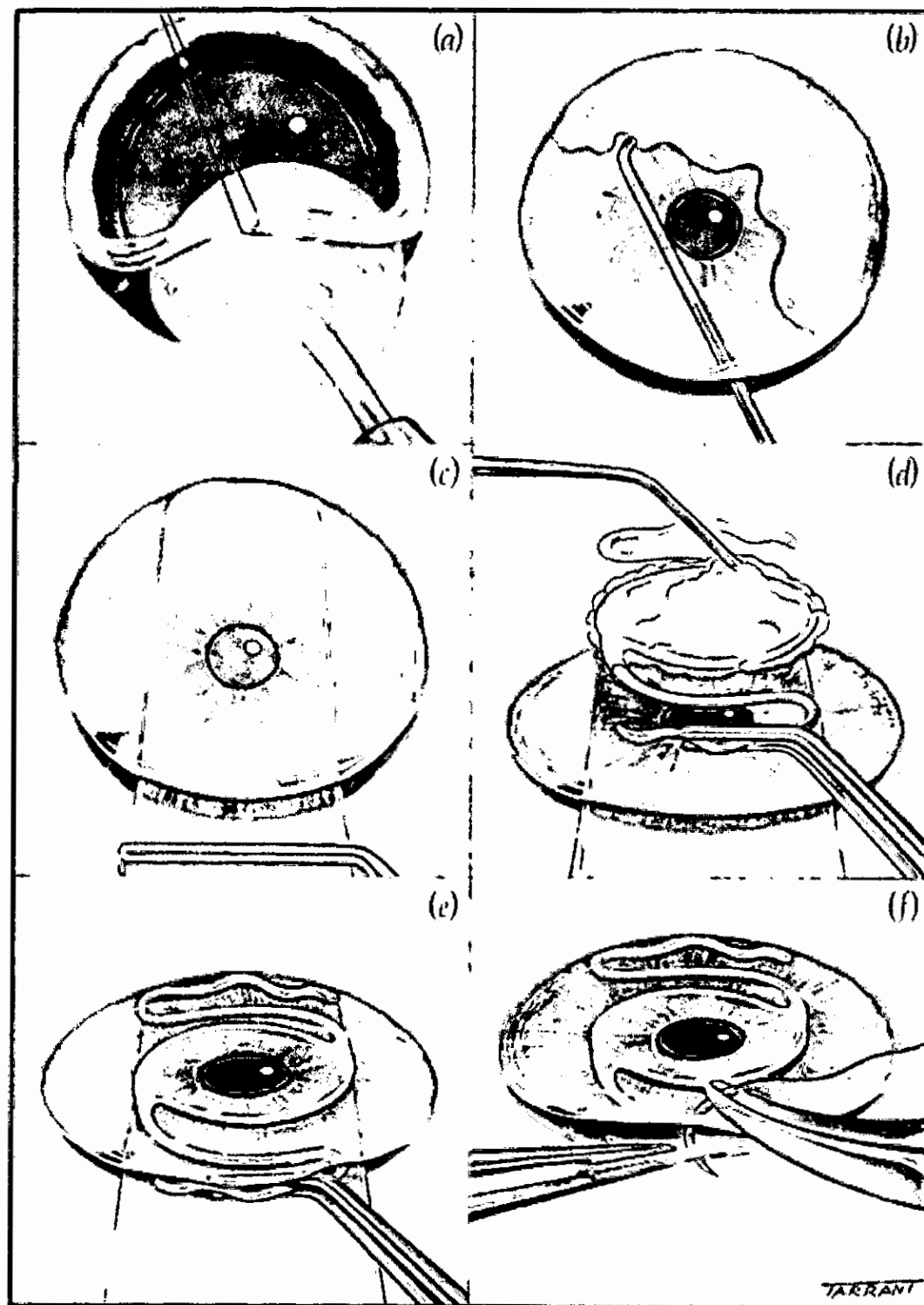
ΕΝΔΟΠΕΡΙΦΑΚΙΚΗ κατά την οποία γίνεται αφαίρεση του φακού μαζί με το περιφάκιο (πρόσθιο και οπίσθιο). Γίνεται ευρεία σκληροκερατοειδική τομή. Μπορούμε να χρησιμοποιούμε ζώνη Α χημοθριψίνης για την ρήξη των ινών της ζιννείου, στην συνέχεια με κρυσπηξία γίνεται αφαίρεση του φακού, τοποθέτηση ενδοφακού προσθίου θαλάμου και συρραφή της τομής με ράμμα πολύ λεπτό ανάλογα με τον χειρουργό (silk ή συνθετικό μονόκλωνο).

Επιπλοκές ενδοπεριφακικής:

- α) Μεγάλος μετεγχειρητικός αστιγματισμός (λόγο της μεγάλης τομής)



Χειρουργείο Ενδοπεριφακική



Τοποθέτηση φακού στην ενδοπεριφακική

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

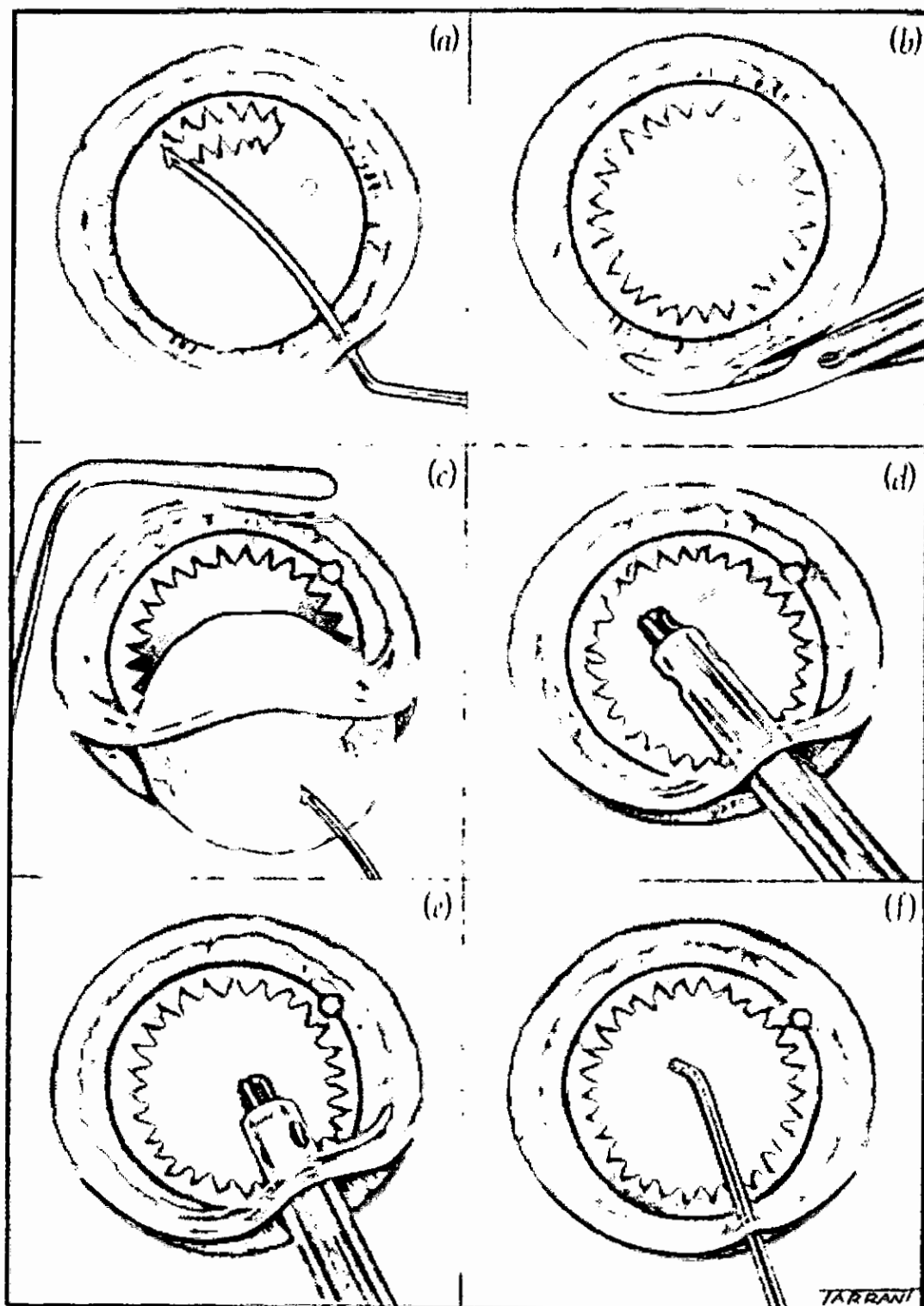
β) Με την αφαίρεση και του οπίσθιου περιφακείου έχουμε διαταραχή της ανατομικής του οφθαλμού που έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένες μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως κυστικό οίδημα ωχρής και γλαύκωμα.

ΕΞΩΠΕΡΙΦΑΚΙΚΗ: Γίνεται αφαίρεση του προσθίου περιφακείου και του φακού (διατήρηση του οπίσθιου περιφακίου). Στη συνέχεια γίνεται τοκετός του πυρήνα του φακού ή πλύση, αναρρόφηση των φακιαίων μαζών. Στη θέση του φυσικού φακού τοποθετείται ένας τεχνητός ενδοφθάλμιος φακός (ενδόφακο οπισθίου θαλάμου). Εδώ έχουμε μικρότερη τομή (5-9mm) την οποία συνήθως συρράπτουμε με ράμμα Mersilene ή Naylor.(10-0 mm)

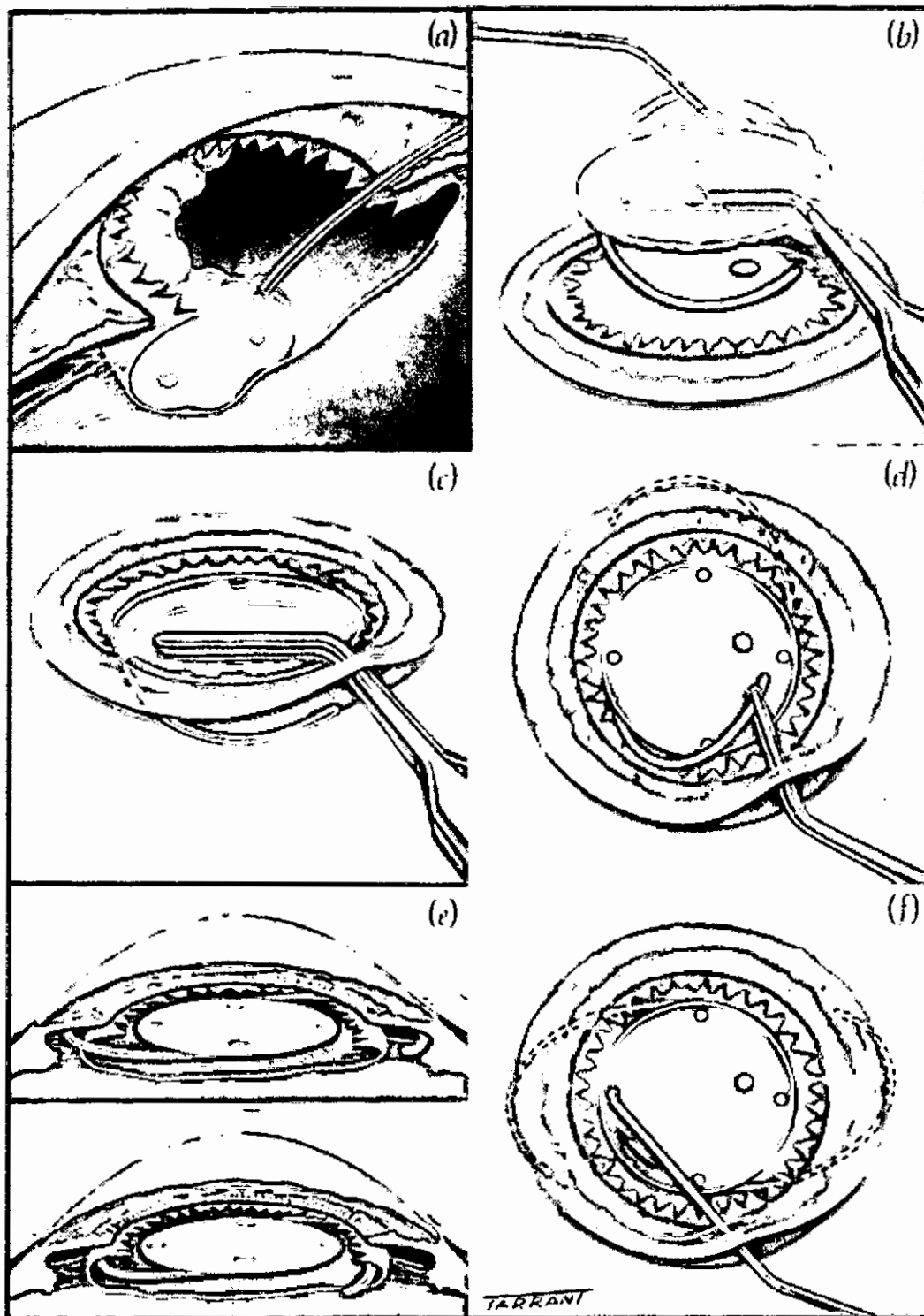
ΦΑΚΟΘΡΥΨΙΑ: Αποτελεί την πιο εξελιγμένη τεχνική. Μέσα από μια μικρή τομή 3 mm και με τη βοήθεια υπερήχων, που θρυμματίζουν τον πυρήνα, γίνεται η αναρρόφηση του, κατόπιν συνεχίζουμε με πλύση – αναρρόφηση των φακίωνων μαζών όπως στην εξωπεριφακική και τοποθετείται αντίστοιχα σε διόπτρες για το μάτι, ο τεχνητός αναδιπλούμενος ενδοφθάλμιος φακός.

Η τομή μπορεί να αφηθεί ελεύθερη ή για λόγους ασφαλείας να τοποθετήσουμε ένα ράμμα.

Δεν είναι απαραίτητη η παραμονή στο νοσοκομείο, η δε επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες γίνεται από τις πρώτες κιόλας μέρες. Ο ασθενής αρχίζει να βλέπει ήδη καλύτερα μετά την επέμβαση και με την πάροδο των ημερών η όραση καλυτερεύει. Η εγχείρηση γίνεται με τοπική αναισθησία, είτε με ενέσεις γύρω από το μάτι, είτε με σταγόνες και ο ασθενής φεύγει από το χειρουργείο με μια προστατευτική γάζα η οποία αφαιρείτε την επόμενη στο ιατρείο.



Χειρουργείο εξωπεριφακική



Τοποθέτηση φακού

Η εξέλιξη της αναισθησίας στην εγχείρηση του καταρράκτη

Παλιά εφαρμοζόταν η γενική αναισθησία. Στην συνέχεια εφαρμόστηκε η οπισθοβολβία ή παραβολβία αναισθησία. Πρόσφατα άρχισε να εφαρμόζεται η αναισθησία με ενστάλλαξη αναισθητικού και καθαρμένη ξυλοκαΐνη στον πρόσθιο θάλαμο, η οποία συνεχώς κερδίζει έδαφος μεταξύ των χειρουργών λόγω του ότι είναι ανώδυνος για τον ασθενή με λιγότερες επιπλοκές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Διεγχειρητικές επιπλοκές του καταρράκτη

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι:

- Τραυματισμοί λόγω κακών χειρισμών
- α) Τραυματισμός της ίριδας
- β) Τραυματισμός του ενδυθηλίου του κερατοειδούς
- γ) Ρήξη του οπίσθιου περιφακίου και έξοδο υαλοειδούς

Εξωθητική αιμορραγία: Είναι η πιο καταστρεπτική για την όραση επιπλοκή. Διεγχειρητικά έχουμε αιμορραγία από τα αγγεία του χοριοειδούς, η οποία δυνατόν να οδηγήσει σε έξοδο του οφθαλμικού περιεχομένου. Γι' αυτό προσπαθούμε να έχουμε χαμηλή ενδοφθάλμια πίεση κάνουμε προεγχειρητικά μασάζ στο βολβό, αποφεύγουμε τη διεγχειρητική αθαλαμία και τις απότομες αυξημειώσεις της ενδοφθάλμιας πίεσης με χρήση αέρα BSS ή ιξωδοελαστικό υλικό. Σε περίπτωση που συμβεί αυτή η επιπλοκή προσπαθούμε έστω να κάνουμε γρήγορη συρραφή της τομής.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές καταρράκτη

Χωρίζονται σε: α) Πρώιμες
β) Ωψιμες

α) Πρώιμες

1. Πρόπτωση ίριδας: Σήμερα συμβαίνει σπανιότερα. Είναι συνήθως αποτέλεσμα κακής συρραφής της τομής. Παρουσιάζεται επίσης συχνά μετά από απώλεια υαλοειδούς.

Αν η κατάσταση δεν διορθωθεί με εκτομή και επανσυρραφή, τότε παρατηρούνται περαιτέρω επιπλοκές όπως: κακή επούλωση της τομής, μεγάλος αστιγματισμός, χρόνια ιριδοκυκλίτιδα, ενδοφθαλμίτιδα και κυστεοειδές οίδημα της ώχρας.

2. Υφαίμια. Συνήθως συμβαίνει την 2^η με 7^η μετεγχειρητική ημέρα. Συχνά οφείλεται σε ελαφή οφθαλμολογικό τραύμα που προκαλεί αιμορραγία των μικρών αγγείων που διαπερνούν την τομή.

Μικρά υφαίματα δεν χρειάζονται θεραπεία ειδική γιατί απορροφούνται από μόνα τους. Μεγαλύτερα υφαίματα μπορούν να ανεβάσουν την ενδοφθάλμια πίεση και να προκαλέσουν ακόμη και αιματική χρώση του κερατοειδούς. Αυτά χρειάζονται μεγάλη προσοχή και ειδική θεραπεία.

3. Πτυχές δεσκεμεντίου (μεμβράνη desemet): Οίδημα κερατοειδούς και πτυχές δεσκεμεντίου οφείλονται σε διεγχειρητική καταστροφή των κυττάρων του ενφοθηλίου από εργαλεία, ή από εργώδεις χειρισμούς.

Οι περισσότερες περιπτώσεις αυτοϊώνται σε μερικές μέρες. Οι σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν μεταμόσχευση κερατοειδούς.

4. Διάσταση τραύματος: Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει διαρροή λόγω κακής συρραφής της τομής, γεγονός το οποίο προδιαθέτει στην ανάπτυξη λοιμώξεων.

Οι μικρές διαρροές μπορούν να κλείσουν με πιεστική επίδεση ή με θεραπευτικό φακό επαφής ενώ οι μεγαλύτερες χρειάζονται επανασυρραφή

5. Οξύ γλαύκωμα κλειστής γωνίας: Παλαιότερα εμφανιζόταν στην ενδοπεριφακική αφαίρεση του καταρράκτη με ή χωρίς φακό προσθίου θαλάμου. Σήμερα δεν εμφανίζεται σε μια εξωπεριφακική αφαίρεση χωρίς επιπλοκές αλλά μόνο αν έχουμε ρήξη του οπίσθιου περιφακείου και έξοδο υαλοειδούς. Γι' αυτό κάθε φορά που έχουμε ρήξη του οπίσθιου περιφακείου πρέπει να εκτελείτε ιριδοτομή.

6. Βακτηριακή ενδοφθαλμίτις: Είναι μια καταστρεπτική επιπλοκή. Αιτιολογία. Οι συχνότεροι, υπεύθυνοι μικροοργανισμοί είναι ο σταφυλόκκοκος, epidermidis, ο χρυσίζων σταφυλόκκοκος, η ψευδομονάδα και ο πρωτέας.

Η μόλυνση γίνεται μέσω μολυσμένων εργαλείων, μολυσμένων διαλυμάτων που χρησιμοποιούνται ή λόγω της φυσιολογικής χλωρίδας του ασθενούς.

Προφύλαξη: α) θεραπεία πριν το χειρουργείο υπάρχουσων μολύνσεων (π.χ. βλεφαρίτιδα, επιπεφικίτιδα, δακροκυστίτιδα), β) προεγχειρητικά προφυλακτική αντιβίωση για να μειώσουμε την φυσιολογική χλωρίδα του ασθενούς γ) μετεγχειρητικά, αντιβιοτική θεραπεία και άσηπτη χειρουργική τεχνική.

Συμπτώματα: Παρουσιάζεται τις πρώτες 24-48 ώρες με πόνο, πτώση όρασης, ερυθρότητα, οίδημα κερατοειδούς και βλεφάρων, εξιδρώματα ινικής στον πρόσθιο θάλαμο, υπόπιο και βιτρίτιδα.

Η επιτυχημένη θεραπεία προϋποθέτει την αναγνώριση και καταπολέμηση των υπεύθυνων μικροβίων με αντιβιοτικά καθώς και τον έλεγχο της φλεγμονής με κορτιζόνη.

β) Ωψιμες:

1. Κυστεοειδές οίδημα ωχράς: Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη αλλά ποθανολογείται ότι ευθύνονται καταστάσεις όπως φλεγμονή, απώλεια υαλοειδούς, γενικευμένη αγγειακή ανεπάρκεια είναι σαφής προδιαθεσικοί παράγοντες. Ενοχοποιούνται επίσης οι προσταγλανδίνες.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η προφυλακτική αγωγή με ενδομεθακίνη μειώνει τις πιθανότητες, για ανάπτυξη κυστοειδούς οιδήματος της ωχράς.

Σήμερα με την εξωπεριφακική που διατηρείται το οπίσθιο περιφακείο έχει μειωθεί σημαντικά το ποσοστό αυτής της επιπλοκής.

Κλινική εικόνα: παρουσιάζεται συνήθως 2-4 μήνες μετά το χειρουργείο με πτώση της οπτικής οξύτητας.

Οι περισσότερες περιπτώσεις αυτοϊώνται μέσα σε 6 μήνες.

Σπανιότερα όμως, σε βαρύτερες περιπτώσεις, έχουμε μόνιμη καταστροφή της ωχράς.

2. Δευτερογενής καταρράκτης: Η θόλωση του οπισθίου περιφακείου είναι η πιο συχνή επιπλοκή. Οφείλεται στον πολλαπλασιασμό παραμένοντων κυττάρων του φακικού επιθηλίου και την παραγωγή υλικού από αυτά.

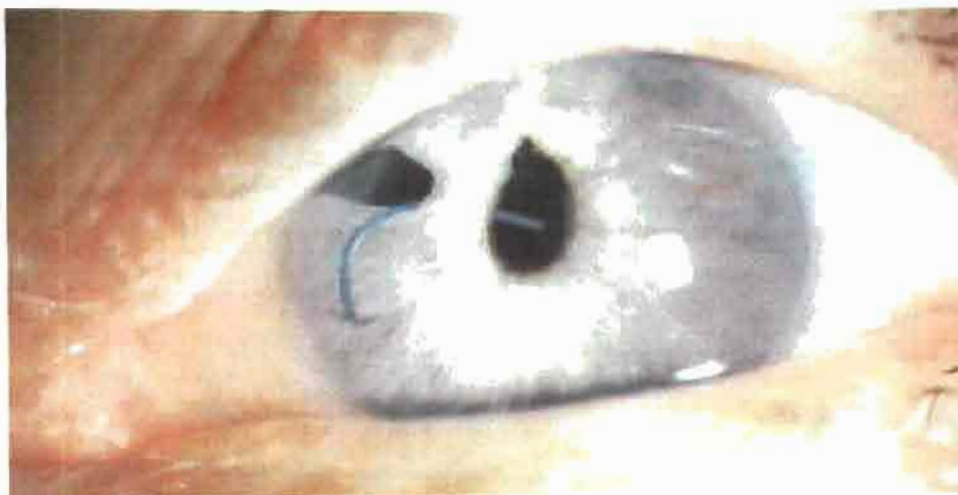
Παρουσιάζεται με προοδευτική απώλεια όρασης.

Θεραπεία: Γίνεται με YAG Laser και καψουλοτομή.

3. Αποκόληση αμφιβληστροειδούς: Είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή, η οποία όμως με την εξέλιξη της χειρουργική (με την διατήρηση του οπισθίου περιφακείου) έχει μειωθεί σημαντικά.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η διεγχειρητική απώλεια υαλοειδούς η μυωπία πάνω από 6 βαθμούς και η ύπαρξη εκφυλιστικών αλλοιώσεων στην περιφέρεια.

4. Το σύνδρομο Sun – set ή Sun- rise. Παρεκτόπιση του ενδοφακού. Συνήθως οφείλεται σε ρήξη των ινών της ζινείου ζώνης.



Σύνδρομο Sunset

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο οφθαλμολογικός άρρωστος εκδηλώνει φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες, που η νοσηλεύτρια (-της) πρέπει να ικανοποιήσει. Θα πρέπει να συμπεριφέρεται με μεγάλη προσοχή ώστε να μην υπάρχει συναισθηματική διέγερση και ανησυχία του ασθενούς.

Η ανησυχία του οφθαλμολογικού αρρώστου αποδίδεται σε πολλούς λόγους. Ο οφθαλμολογικός άρρωστος λόγω της μερικής ή ολικής μείωσης της όρασής του βάζει σε αμφιβολία το παρόν και το μέλλον του. Του δημιουργεί φόβο και άγχος για την μελλοντική του επαγγελματική και κοινωνική συμπεριφορά. Αυτός ο φόβος, η ανησυχία, η αβεβαιότητα και μερικές φορές η μελαγχολία έχουν αρκετές φορές σαν αποτέλεσμα να εμφανιστεί ψυχική πίεση, εμμονή ιδεών, αποστροφή και αδιαφορία για τους γύρω.

Η νοσηλεύτρια (-της) πρέπει να παροτρύνει τον άρρωστο να μιλήσει για τις ανησυχίες και τους φόβους του και να κάνει ανοικτή συζήτηση μαζί του για να λύσει προβλήματα και απορίες. Έτσι του προσφέρει την δυνατότητα για συναισθηματική εκφόρτηση και επιπλέον την αναγκαία στοργή και ενίσχυση που απαιτούνται για την αντιμετώπιση παρομοίων καταστάσεων. Όταν η νοσηλεύτρια έχει υπόψη της το σύνολο «άρρωστος - άνθρωπος» και όχι το «άρρωστος όργανο», βρίσκει την αιτία της συναισθηματικής διαταραχής του αρρώστου και γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες.

Η απασχόληση του αρρώστου και η ψυχαγωγία του πρέπει να συνδυαστεί με την όλη νοσηλευτική φροντίδα. Η εργασιοθεραπεία δίνει αρκετές φορές μια διέξοδο στην ψυχική ένταση του αρρώστου.

Μια καλή διέξοδος επίσης θα μπορούσε να δοθεί είτε με την επικοινωνία με άλλους ασθενείς, είτε με την ακρόαση μουσικής κλπ.

Η νοσηλευτική φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου σχετικά με την ικανοποίηση των φυσικών αναγκών είναι η ίδια όπως και στους άλλους αρρώστους, που μπορούν ή δεν μπορούν να περπατήσουν. Θα πρέπει να βοηθείται όσο το δυνατόν περισσότερο για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του, αλλά και να ενισχύεται για αυτοεξυπηρέτηση έτσι ώστε να μην νιώθει το αίσθημα της επιβάρυνσης και φόρτου στους άλλους.

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

Στους περιπατητικούς οφθαλμολογικούς αρρώστους συνιστούμε ανάπαυση και ησυχία. Δεν πρέπει να διαβάζουν, να καπνίζουν ή και ξυρίζονται ακόμη, αν δεν έχουν ιατρική άδεια.

Πρέπει επίσης να αποφεύγουν το τρίψιμο των ματιών με τα χέρια, ούτε να τα καθαρίζουν με υγρά μαντήλια ή άλλα μέσα.

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

Προεγχειρητική ετοιμασία οφθαλμολογικού αρρώστου

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

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

Οι βλεφαρίδες σε αρκετές περιπτώσεις κόβονται με ειδικό ψαλίδι, που τα σκέλη του αλείφονται με ειδική οφθαλμολογική αλοιφή ή βαζελίνη για να κολλούν οι κομμένες βλεφαρίδες πάνω σε αυτό. Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου ότι οι βλεφαρίδες θα ξαναμεγαλώσουν για να μην ανησυχεί. Ακολουθεί λήψη αρτηριακής πίεσεως και καρδιογράφημα.

Αφαιρούνται από τον άρρωστο τεχνητές οδοντοστοιχίες, σκουλαρίκια, δακτυλίδια, τσιμπιδάκια μαλλιών κλπ. και φυλάσσονται κατάλληλα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώσει πολύ καλά τον άρρωστο για τον χώρο που βρίσκεται, τη ρουτίνα του τμήματος, για το προσωπικό του τμήματος, τον τρόπο επικοινωνίας μαζί τους κ.α.

Βασικό μέλημα του νοσηλευτή πρέπει να είναι η μείωση των πιθανοτήτων για μόλυνση των επιπεφυκότων και αυτό γίνεται ως εξής:

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

Η προετοιμασία του ματιού για εγχείρηση γίνεται πριν το χειρουργείο και εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης που θα γίνει και τον οφθαλμίατρο

Η προετοιμασία συνήθως γίνεται ως εξής:

- Πλένεται το μάτι με φυσιολογικό ορό

- Γίνονται ενσταλάξεις αντιβιοτικών κολλυρίων μετά από συνένεση του χειρουργού με σωστή τεχνική. Πριν έχει γίνει η τοποθέτηση όλων των απαραίτητων αντικειμένων σε δίσκο: τολύπια βαμβάκι, το κολλύριο και νεφροειδές. Ο τρόπος εργασίας είναι:
 - ενημερώνεται ο άρρωστος για τη νοσηλεία
 - κάθεται αναπαυτικά με το κεφάλι να κλείνει προς τα πίσω ή ξαπλωμένος σε ύπτια θέση
 - καθαρίζονται οι βλεφαρίδες με το τολύπιο με μία κίνηση από τον έσω προς τον έξω κανθό
 - πλένονται τα χέρια της νοσηλεύτριας πριν από την νοσηλεία
 - με το ένα χέρι η νοσηλεύτρια (-της) κρατά το τολύπιο βαμβάκι και ακουμπώντας το στο ζυγωματικό τόξο σύρει με το δείκτη το κάτω βλέφαρο προς τα κάτω λέγοντας στον άρρωστο να βλέπει προς τα πάνω
 - με το άλλο χέρι κρατά το κολλύριο που το κατευθύνει προς τον κάτω θόλο του επιπεφυκότα κρατώντας το σε απόσταση 2cm από τις βλεφαρίδες
 - ρίχνει τις σταγόνες και κρατά λίγο το βλέφαρο ανοικτό
 - παρακαλεί τον άρρωστο να κλείσει το μάτι σιγά σιγά αλλά να μην το σφίξει και με το τολύπιο απομακρύνει το φάρμακο που παρασύρθηκε προς τα έξω
- Καθαρίζονται το μέτωπο, μύτη, παρειές με αντισηπτική ουσία
- Ο άρρωστος είναι νηστικός αν και η εγχείρηση θα γίνει με τοπική αναισθησία για πρόληψη μετεγχειρητικά ναυτίας και εμετών. Όταν εφαρμόζεται τοπική αναισθησία προτρέπει ο άρρωστος να κρατά το

κεφάλι του σε ακινησία την ώρα της επέμβασης και να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες

- Εξηγείτε στον άρρωστο να μην ανοιγοκλείνει τα μάτια του κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Ακόμα διδάσκεται μετά το χειρουργείο, να αναπνέει βαθειά, να κινεί τα κάτω άκρα και επίσης να κλείνει τους οφθαλμούς με μεγάλη προσοχή ώστε να μην συσφίγγονται πολύ τα βλέφαρα. Όταν ο ασθενής είναι έτοιμος γίνεται η μεταφορά του στο χειρουργείο χρησιμοποιώντας φορείο.

Μετεγχειρητική φροντίδα οφθαλμολογικού αρρώστου

Η μετεγχειρητική φροντίδα του οφθαλμολογικού αρρώστου εξαρτάται από την τεχνική της εγχείρησης, από τη γενική κατάσταση του αρρώστου και την ειδική μεταεγχειρητική φροντίδα που εφαρμόζει ο χειρουργός.

Γενικά πρέπει να έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω: ο άρρωστος τοποθετείται στο φορείο από το χειρουργικό τραπέζι χωρίς να κάνει καμία προσπάθεια επειδή προκαλείται αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης με αποτέλεσμα να τεντώνονται τα ράμματα. Στο χειρουργημένο μάτι από καταρράκτη εφαρμόζονται πλαστικοί οφθαλμικοί προφυλακτήρες (ειδική κάλυψη) και την ημέρα και την νύκτα για την αποφυγή κακώσεων. Ο άρρωστος πρέπει να διδαχθεί για την σωστή εφαρμογή αυτών.

Η νοσηλεύτρια τον βοηθάει να προσανατολιστεί στο περιβάλλον και διαβεβαιώνει τον χειρουργημένο ότι όλες οι ανάγκες του θα ικανοποιούνται.

Οι χειρουργημένοι οφθαλμολογικοί άρρωστοι, με τις χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα, δεν παραμένουν περισσότερο από 24 ώρες στο νοσοκομείο, εκτός από ειδικές περιπτώσεις.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας παίζει σπουδαίο ρόλο γιατί ο ασθενής νιώθει ανασφάλεια αφού δεν βλέπει και βρίσκεται σε μερική ακινησία

- Παίρνουμε μέτρα για να αποφύγει ο άρρωστος την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και το τέντωμα στα ράμματα, όπως η καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας, η επίσχεση ούρων, βήχα, εμέτων, ναυτίας, φαρνίσματος, διεγέρσεων, η αποφυγή σκυψίματος και απότομων κινήσεων του κεφαλιού.
- Λαμβάνονται επίσης μέτρα αποφυγής της μόλυνσης επειδή το μάτι είναι πολύ ευαίσθητο στις φλεγμονές, όπως :
 - αποφυγή τριψίματος ματιού με τα χέρια
 - εφαρμογή άσηπτης τεχνικής στις αλλαγές του τραύματος
- Λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για αποφυγή κακώσεων, εξαιτίας της μειωμένης οράσεως όπως:
 - βοήθεια όταν ο άρρωστος σηκώνεται για να μην πέσει και να μην χτυπήσει σε αντικείμενα
 - αποφυγή καπνίσματος α) για τον φόβο της πυρκαγιάς επειδή δεν βλέπει ο άρρωστος β) για την αποφυγή του βήχα, επειδή αυξάνεται η ενδοφθάλμια πίεση κλπ.
- Βελτίωση ανέσεως του αρρώστου:
 - αλλαγή θέσεως του χειρουργημένου για ανακούφιση της ράχης
 - χορήγηση ήπιων παυσίπονων για ανακούφιση από τον πόνο
 - δημιουργία και διατήρηση ήσυχου και αναπνευστικού περιβάλλοντος
 - αυτοσύσταση της νοσηλεύτριας (-της) όταν μπαίνει στο θάλαμο

Η ψυχαγωγία και η απασχόληση του αρρώστου επιτυγχάνεται με την συζήτηση, χρήση ραδιοφώνου, ανάγνωση εφημερίδας – περιοδικού από κάποιον άλλο

- Πρόληψη επιπλοκών:

Ναυτίας και εμετών : Αυτοί αντιμετωπίζονται ως εξής:

- βαστάζεται το κεφάλι του αρρώστου όταν κάνει εμετούς
 - χρησιμοποιούνται αντιεμετικά φάρμακα σύμφωνα με την οδηγία
- **Όταν ο άρρωστος παραπονεθεί για πόνο στο μάτι πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο γιατρός**
 - **Προσεκτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων όταν ο άρρωστος εμφανίζει ανησυχία**
 - Γρήγορη αποκατάσταση του αρρώστου με ενίσχυση για αυτοεξυπηρέτηση
Αυτό γίνεται με :
 1. Αύξηση δραστηριοτήτων προοδευτικά
 2. Συνεργασία για αντιμετώπιση των αναγκών του όταν σηκωθεί ο άρρωστος
 3. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη χρήση των κολλυρίων, και διδασκαλία για τα μέτρα προστασίας που πρέπει να λάβει για αποφυγή κακώσεων
 4. Συμμετοχή του αρρώστου σε προγράμματα ψυχαγωγίας, κατά την περίοδο της αναρρώσεώς του
 5. Ενημέρωση για τακτική ιατρική παρακολούθηση που χρειάζεται
 6. Για τις κοινωνικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας στις οποίες μπορεί να καταφεύγει για βοήθεια και παρακολούθηση

- Σωστή χρήση μηχανημάτων.

Η γνώση για τη σωστή λειτουργία των μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται είναι απαραίτητη από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γιατί η μη σωστή χρήση προκαλεί φθορές και βλάβες με αποτέλεσμα να βγαίνουν αυτά εκτός λειτουργίας και να δυσχαιρένεται η δουλειά μας.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αντιμετώπιση των επιπλοκών

Επιπλοκές

Προβλήματα ασθενούς	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
Ναυτία – εμετός:	Υποβαστάζεται η κεφαλή του ασθενή όταν κάνει εμετό Γίνονται αντιεμετικές ενέσεις κατόπιν εντολής ιατρού
Πόνος:	Χορηγούνται παυσίπονα και ήπια αναλγητικά . Εάν ο πόνος Παραμένει ή παρατείνεται ενημερώνεται ο γιατρός
Ανησυχία:	Παρακολούθηση και προσπάθεια μείωσης αυτής
Μόλυνση:	Τηρούνται οι αρχές ασηψίας και αντισηψίας όταν γίνεται νοσηλεία . Σε περίπτωση μόλυνσης χορηγούνται (κατόπιν εντολής γιατρού), αντιβιοτικά κολλύρια ευρέως φάσματος ή αντιμυκητιασικά ανάλογα με την αιτία της μόλυνσης
Αύξηση ενδοφθάλμιας πίεσης και τραυματισμοί:	Διδάσκεται ο άρρωστος να μην βήχει, να μην φταρνίζεται και να μην κινείται πολύ γρήγορα και απότομα για αποφυγή τραυματισμών.

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

	<p>Τοποθετείται ο άρρωστος σε ύπτια θέση και προς την μη χειρουργηθείσα πλευρά.</p> <p>Ανασηκώνεται η πλάτη του κραβατιού κατά 30-45°</p> <p>Διατηρείται κλειστός ο οφθαλμός επί μετεωρισμού κοιλιάς. Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την μείωση της ενδοκοιλιακής πίεσης διότι, αυτό έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ενδοφθάλμια πίεση</p>
Κατακλίσεις:	<p>Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς που χειρουργούνται για καταράκτη είναι ηλικιωμένοι για τους οποίους, αν μείνουν για πολλές μέρες στο νοσοκομείο θα πρέπει η νοσηλεύτρια να λάβει μέτρα πρόληψης για κατακλίσεις. Γι' αυτό γίνονται απαλές εντριβές στην ράχη και στους γλουτούς</p>
Έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο:	<p>Διδασκαλία του ασθενή και των μελών της οικογένειάς του για την χρήση κολλυρίων καθώς και αν χρειάζεται ο ασθενής κατ' οίκον νοσηλεία να του δωθούν οι κατάλληλες πληροφορίες για τις υπηρεσίες ιατρικής αντιλήψεως και υγιεινής που παρέχονται.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Περίπτωση 1^η:

Όνομα ασθενή : Χ.Β.

Ετών : 80

Οφθαλμολογικό αναμνηστικό: ελεύθερο

Παρούσα κατάσταση: οπτική οξύτητα:

ΔΟ: 2/10 που δεν διορθώνει με γυαλιά

ΑΟ: 7/10 διορθωμένο με γυαλιά

Αιτία εισαγωγής: καταρράκτη ΔΟ

Προβλεπόμενη επέμβαση φακοθρυψίας με ενστάλλαξη τοπικού αναισθητικού.

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

ΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Ανησυχία του ασθενούς μετά την επέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση ανησυχίας άμεσα 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος στο θάλαμο του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκε ήρεμο Περιβάλλον με μείωση επισκέψεων και μείωση του θορύβου στο θάλαμο 	<ul style="list-style-type: none"> Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις του νοσηλευτή επιτεύχθηκε η μείωση της ανησυχίας
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος στον οφθαλμό 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου σύμφωνα με την ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε tab Ponstan 1x3 	<ul style="list-style-type: none"> Επιτεύχθη αισθητά η μείωση πόνου με τις κατάλληλες παρεμβάσεις του νοσηλευτή
<ul style="list-style-type: none"> Εμμετούς – ναυτία 	<ul style="list-style-type: none"> Σταμάτημα εμετών 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιεμετικού σύμφωνα με ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε tab Priberan 1x1 IM 	<ul style="list-style-type: none"> Με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις επιτυγχάνουμε το σταμάτημα των εμετών και

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

ΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση (60 mmHg) με πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση φαρμάκου σύμφωνα με την ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε Manitol 250 ml IV 	<p>της ναυτίας</p> <ul style="list-style-type: none"> Με την κατάλληλη παρέμβαση του νοσηλευτή επιτεύχθηκε η μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης

Περίπτωση 2^η

Όνομα ασθενή : Ε. Π.

Ετών : 65

Οφθαλμολογικό αναμνηστικό: Ελεύθερο

Παρούσα κατάσταση: οπτική οξύτητα:

Δ.Ο.: Χωρίς διόρθωση 5/10 με διόρθωση 8/10

Α.Ο.: 1/10 χωρίς διόρθωση, δεν διορθώνει με γυαλιά

Αιτία εισαγωγής: Καταράκτης Α.Ο.

Η επέμβαση θα γίνει με τοπική αναισθησία με προβλεπόμενη επέμβαση φακοθρυψία

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

ΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος - του ασθενούς για την πορεία της επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του άγχους (άμεσα) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενούς για την πορεία της επέμβασης και οτιδήποτε σχετικό με την επέμβαση • Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του • Χορήγηση φαρμάκου αγχολυτικού κατά την ιατρικής εντολής • Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος στο θάλαμο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο ασθενής για την χειρουργική επέμβαση και λύθηκαν οι απορίες τους • Χορηγήθηκε tab Tavor 1x1 για τη μείωση του άγχους • Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον με μείωση του θορύβου στο θάλαμο, την μείωση των επισκέψεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις και την ενημέρωση από τον νοσηλευτή επιτεύχθηκε η μείωση του άγχους και της ανησυχίας για την επέμβαση

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

ΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Αυξημένη αρτηριακή πίεση 180 mmHg/110 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση ΑΠ στα φυσιολογικά επίπεδα (άμεσα) 	<p>του ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική υποστήριξη. Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει την ανησυχία του Μέτρηση της ΖΣΣ (ΑΠ) κάθε μισή ώρα και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα Χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματά του για την επέμβαση Έγινε λήψη ΑΠ κάθε μισή ώρα και καταγράφηκε στο νοσηλευτικό διάγραμμα Χορηγήθηκε tab φουροσεμίδη ½ x2 σύμφωνα με την ιατρική εντολή για την πτώση της ΑΠ 	<ul style="list-style-type: none"> Με την κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση επιτεύχθηκε η πτώση της ΑΠ και η επαναφορά της στα φυσιολογικά επίπεδα (120/70 mmHg)

Καταρράκτης και νοσηλευτικές φροντίδες

ΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος στον πονο που οφείλεται στην χειρουργική παρέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> Άμεση μείωση του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου σύμφωνα με την ιατρική εντολή Εξασφάλιση περιβάλλοντος που θα βοηθήσει στην ηρεμία του και στην επέλαση του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε αναλγητικό φάρμακο amb – Arotel 1x1 IV σύμφωνα με την ιατρική εντολή Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον προκειμένου να ηρεμίσει ο ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις ο πόνος εξοπλήσθηκε

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την πτυχιακή μου εργασία θέλησα να καταδείξω την συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καταρράκτη. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στο χειρουργείο διευκολύνοντας τη δουλειά του χειρουργού ενώ στην συνέχεια αναλαμβάνει την νοσηλεία του ασθενούς.

Για να κάνει σωστά τη δουλειά του είναι απαραίτητο να γνωρίζει καλά την ανατομία του οφθαλμού, τη χρήση και λειτουργία των απαραίτητων μηχανημάτων, τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να εμφανισθούν, την χρησιμότητα και τη δοσολογία των φαρμάκων που δίνονται από τον θεράποντα ιατρό και τέλος θα πρέπει να στηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή.

Εν κατακλείδι, θέλω να τονίσω ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καταρράκτη, όπως άλλωστε και σε όλα τα ιατρικά περιστατικά, είναι σημαντικός εφόσον κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις και την σωστή εκπαίδευση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Επίκαιρα οφθαλμολογικά θέματα: 1991, εκδόσεις Γ. Παλημέρης, Αθήνα 1991, σελ. 55-62

Kanski J. Jack Clinical Ophthalmology Winsor 1989, έκδοση II, Εκδόσεις Butterworths σελ. 249-255

Μαλγαρινού Μ.Α. – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου Παθολογική νοσηλευτική, Τόμος Β΄ Έκδοση Δέκατη Έβδομη, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1995, σελ. 340-369

Πανελλήνιο Οφθαλμολογικό Συνέδριο: 24 Έκδοση Αρχεία Οφθαλμολογικής Εταιρίας, Κέρκυρα 1991, σελ. 205-218

Trevor – Roper D. Patrick Lecture Notes on Ophthalmology, Great Britain 1974, Πέμπτη Έκδοση, Εκδόσεις Blackwell, σελ. 54-68

Ruber Montague and Wintle Justin, Your eyes and their care Great Britain 1985, Εκδόσεις Granada σελ. 75-84.

Ψύλλας Κ.Α. Οφθαλμολογία, Unovercity Studio Press, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 1996, σελ. 143-162

