

EXPLORAREA FUNCTIONALA A ANALIZATORULUI VIZUAL

1.EXAMENUL ANATOMIC

Se realizeaza la lumina zilei,iluminat lateral si se examineaza pleoapele, genele, conjunctiva.

Se evidentiaza corpii straini.

In camera obscura se examineaza cornea, camera anterioara, irisul, pupila si cristalinul.

2.DETERMINAREA ACUITATII VIZUALE

Se determina cu ajutorul OPTOTIPULUI (A B C 1 2 3 W E M) pt. distanta care cuprinde: litere, cifre si semene de diferite marimi.

Persoana de examinat va fi asezata pe un scaun la 5m distanta de OPTOTIP.

Acuitatea vizuala se determina pe rand la fiecare ochi, incepand intotdeauna cu ochiul drept.Ochiul stang se acopera cu un triunghi negru.

Pt. un ochi normal trebuie sa fie vazut si citit ultimul rand.

Acuitatea vizuala se considera normala cand este egala cu 5/5(adica 1)la fiecare ochi.In aceasta situatie ochii sunt EMETROPI.

3.DETERMINAREA CAMPULUI VIZUAL

Campul vizual este spatiul pe care-l cuprinde ochiul in timp ce priveste un punct fix.

Se masoara cu ajutorul unui aparat denumit PERIMETRUL F' O' RSTEC.

Interpretarea se face utilizand o schema tip pt. ochiul drept si o alta pt.ochiul stang.

4.DETERMINAREA SIMTULUI CROMATIC

Examineaza capacitatea pacientului de a distinge culorile. Se face cu ajutorul unor cartoane colorate.Pt. profesiunile obisnuite limitele fiziologice ale simtului cromatic sunt distingerea culorilor: rosu , galben, verde si albastru de la 75cm distanta de ochi.

5.OFTALMOSCOPIA(examenul fundului de ochi)

Examinarea se face intr-o camera obscura cu ajutorul OFTALMOSCOPULUI care mareste elementele de 15 -20 de ori.

Prin oftalmoscopie directa se examineaza corpul vitros, retina , pata oarba , pata galbena si vasele retiniene.

Pt. examinarea fundului de ochi (f.o.) este necesar ca pupila sa fie dilatata.In acest scop se va distila una, doua picaturi de HOMATROPINA 1% sau MIDRIUM in sacul conjunctival cu 30min. inainte de examinare.

6.MASURAREA TENSIUNII INTRAOCULARE

Se determina cu ajutorul OFTALMODIAMETRULUI imediat dupa examenul fundului de ochi. Val. Norm.=14-20mmHg.

Este indicat in:Glaucom, boli cardiovasculare, Diabet, boli pulmonare.

SPALATURA OCULARA

DEFINITIE:

Prin spalatura oculara se intelege introducerea unui lichid in sacul conjunctival.

SCOP TERAPEUTIC:

- in procesele inflamatoare ale conjunctivei;
- in prezenta unor secretii conjunctivale abundente;
- pt. indepartarea corpiilor straini.

MATERIALE NECESARE:

- **De protectie**-prosoape;
- **Sterile**- comprese,tampoane de vata,undina (canita cu cioc) sau alt recipient;
- **Nesterile**- tavita renala;
- **Medicamente** – Acid Boric 3%, ser fiziologic, Oxiceanat de Mercur 1/5000 si apa bicarbonatata.

PREGATIREA PACIENTULUI (tehnica):

- **PSIHIC**- se anunta pacientul si I se explica necesitatea si inofensivitatea tehnicii;

- **FIZIC**- se aseaza pacientul in pozitie sezand , cu capul aplecat pe spate,cu privirea in sus;
 - se protejeaza ochiul sanatos cu o compresa sterila;
 - se protejeaza cu un prosop in jurul gatului;
 - se aseaza tavita renala lipita de gat,de partea ochiului ce urmeaza a fi spalata;
 - daca starea generala nu permite pozitia pacientului sezand , el va sta in pozitia DECUBIT DORSAL sau LATERAL cu capul aplecat inapoi.

EXECUTIE – participa doua asistente -una supravegheaza pacientul si-l mentine in pozitia aleasa;
-cealalta efectueaza tehnica.

Asistentele, se spala pe maini , se dezinfecteaza.

- verifica temperatura lichidului de splatura 37°C (temperatura mai joasa declanseaza reflexul de inchidere a pleoapelor);
- aseaza pe cele doua pleoape cate o compresa imbibata in sol. antiseptica de spalare;
- deschide fanta palpebrala cu degetele mainii stangi si toarna incet lichidul din undina (sau alt recipient) in sacul conjunctival evitand cornea.
- solicita pacientului sa roteasca ochiul in toate directiile;
- repete tehnica, la nevoie si verifica prezenta corpiilor straini in lichidul de spalatura (cand este cazul);
- indeparteaza tavita renala.

INGRIJIREA ULTERIOARA A PACIENTULUI:

- usuca fata pacientului;
- aspira lichidul ramas in unghiul nazal al ochiului;
- indeparteaza compresa de pe ochiul protejat;
- aseaza pacientul in pozitie comoda.

REORGANIZAREA:

NOTAREA IN FOAIA DE OBSEVATIE (F.O.):

- se noteaza tehnica si numele persoanei care a efectuat-o;

-aspectul lichidului de spalatura.

DE STIUT!!!

-ciocul undinei va fi tinut la distanta de 6 - 7cm de ochiul pacientului pt. ca eventualele miscari reflexe produse de acesta sau gesturile gresite ale asistentei sa nu traumatizeze ochiul cu varful recipientului.

DE EVITAT!!!

-infectarea ochiului sanatos prin lichidul de spalatura de la ochiul bolnav.

RECOLTAREA SECRETIEI OCULARE

Infectiile oculare care necesita un examen bacteriologic sunt:

- cele care afecteaza invelisul pleoapelor (BLEFARITE);
- conjunctiva (CONJUNCTIVITA ACUTA sau CRONICA);
- Cornea si umoarea camerei anterioare (KERATITA ACUTA SI CRONICA);
- Irisul si umoarea camerei anterioare (IRITA ACUTA si CRONICA);
- canalul si sacul lacrimal (DACRIOCISTITA);
- Cristalinul , Coroida sau Retina si Corpul vitros;
- secretia din CONJUNCTIVITE si DACRIOCISTITE se recolteaza cu tampon steril;
- colectiile purulente ale pleoapelor cu seringă si ace sterile;
- portiuni din Iris indepartate prin IRIDECTOMIE sunt puse direct pe medii de imbogatire pt. pneumococi si streptococi;
- in cazul de exudate bogate este indicata o spalare anterioara cu ser fiziologic steril;
- se face anestezia ochiului prin instilatie locala de solutie de Cocaina 4% apoi se poate sterge conjunctiva sau corneea cu o spatula de platina sau tampon steril (dupa alti autori nu se folosesc anestezice locale deoarece, uneori sunt bactericide);
- se fac frotiuri si culturi pe GLUCOZA simpla, BULION GLUCOZAT 2%, mediu (LO'FFLER).

BANDAJAREA OCHILOR

- Bandaj monocular;
- Bandaj binocular.

1.BANDAJUL MONOOCULAR:

Fasa se fixeaza in jurul capului cu ture circulare, apoi se trece cu ture oblice peste ochi, aducand fasa pe sub urechea pacientului. Se face din nou o tura orizontala peste frunte apoi oblic, repetand succesiunea de ture oblice si orizontale pana la acoperirea completa a ochiului.

2.BANDAJAREA BINOCULARA:

Se incepe ca si cel precedent insa in locul turelor orizontale, fasa conduce oblic peste celalalt ochi, turele incrucisandu-se deasupra radacinii nasului, formandu-se o spica fara a acoperi urechile.

INGRIJIREA PACIENTILOR CU VICII DE REFRACTIE

NOTIUNI INTRODUCTIVE:

-**MIOPIA** - viciul de refractite in care imaginea obiectelor asezate la infinit se formeaza inaintea retinei.

-**HIPERMETROPIA** - este viciul de refractie in care imaginea obiectelor asezate la 5m nu se formeaza pe retina ci inapoia ei, imaginea este stearsa slaba.

-**PRESBITIA**- scaderea puterii de acomodare a cristalinelor dupa varsta de 45 ani.

-**ASTIGMATISMUL** - viciul de refractie cauzat de defectiuni in conexitatea corneei care fac ca razele luminoase sa se concentreze pe retina in puncte diferite.

-**STRABISMUL** - reprezinta lipsa de paralelism a globilor oculari:

-privire inaintu – convergent

-privire in afara – divergent

Strabismul poate fi paralitic (paralizia nervilor cranieni III , IV si VI) si neparalitic (congenital sau apare in primul an de viata).

CULEGEREA DATELOR:

-**CIRCUMSTANTE DE APARITIE** (cauzele viciilor de refractive):

-Miopia apare in copilarie prin asezarea incorecta a obiectelor de scris – citit;

-Astigmatismul, Strabismul pot fi congenital.

-**MANIFESTARI DE DEPENDENTA** (semne si simptome):

-In **MIOPIE**- pacientul pt. a vedea obiectele trebuie sa le aduca in apropierea ochiului.

-In **HIPERMETROPIE, PRESBITISM** – pacientul vede slab obiectele apropiate (25-30cm) si are tendinta de a le departa de ochi.

-In **ASTIGMATISM** pacientul are imagini deformatate ale obiectelor.

-In **STRABISMUL NEPARALITIC** – copilul nu prezinta vedere dubla dar prezinta riscul pierderii vederii unuia dintre ochi (cel neintrebuinat).

-In **STRABISMUL PARALITIC** – pacientul prezinta vedere dubla.

PROBLEMELE PACIENTULUI:

-comunicare ineficienta la nivel senzorial - vizual;

-anxietate;

-risc de izolare sociala.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

Comunicare ineficienta la nivel senzorial - vizual din cauza problemelor de vedere manifestata prin vedere dubla sau aducerea obiectelor aproape de ochi etc.

Anxietate in legatura cu viciul de refractie, manifestata prin agitatie, neliniste, izolare sociala.

OBIECTIVE:

-pacientul sa prezinte vedere buna prin corectarea viciului de refractie;

- corectarea in timp util a strabismului neparalitic - al copilului - pt. a preveni infirmitatea.

INTERVENTII:

Asistenta indruma pacientii cu probleme de vedere catre medicul specialist pt. examinare.

-participa alaturi de medic la examinare,pt. recomandarea de ochelari de corectie a viciilor de refractie.

-In caz de MIOPIE, lentile divergente (notate cu minus)

-In caz de HIPERMETROPIE, lentile convergente (notate cu plus), de asemenea in PRESBITIE.

- In ASTIGMATISM , PRESBITIE - lentile cilindrice convergente sau divergente.

-In **STRABISM**:

-descopera precoce strabismul copilului sub un an si indruma parintii pt. tratament corespunzator;

-educa familia sa se implice in efectuarea de exercitii cu ochiul care prezinta musculatura slabita (prin acoperirea, celui sanatos, cu pansament sau lentila mata) la copilul pana la patru ani;

-aplica tratamentul ortoptic (exercitii care determina copilul sa utilizeze ambii ochi) in serviciile specializate;

-pregateste copilul pt. interventie chirurgicala in situatia in care celelalte tratamente nu au dat rezultate(pana la varsta de 6 ani);

-aplica la recomandarea medicului tratamentul de suprimare a cauzei in cazul strabismului paralitic.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU AFECTIUNI INFLAMATORII SI INFECTII ALE OCHIULUI

-BLEFARITELE - reprezinta inflamarea marginii libere a pleoapelor.

-ORGELETUL (ulciorul) - este inflamarea supurativa a foliculului pilos si a glandei sebacee ale cililor de pe marginea pleoapelor;

-DACRIOCISTITA – repr.obturarea canalului lacrimo – nazal de un process inflamator situat in lumenul canalului;

-CONJUNCTIVITA - este inflamarea mucoasei conjunctivale;

-KERATITA – este inflamarea mucoasei corneei;

-IRIDOCICLITA- repr. Inflamatia irisului si a corpoului ciliar.

CULEGEREA DATELOR:

-CIRCUMSTANTE DE APARITIE (cauze):

- mediu cu praf;
- persoane cu rezistenta scazuta;
- persoane cu conditii de igiena precara;
- lipsa obiectelor de toaleta individuala;
- bazine de inot (pt. aparitia conjunctivitelor);
- apa infectata (pt. apar. Conjunctivitelor);
- traumatisme oculare.

-MANIFESTARI DE DEPENDENTA (semene si simptome):

-In BLEFARITE - congestia marginii ciliare a pleoapelor, arsura, prurit al pleoapelor.

-IN IRIDOCICLIT - durere oculara si perioculara de intensitate variabila (surda pana la violenta);

- scaderea acuitatii vizuale;
- fotofobie.

-IN DACRIOCISTITE - lacrimare accentuata, tumefierea inflamatorie a sacului lacrimal, scurgere de puroi la presiunea unghiului intern al ochiului si durere.

-IN ORGELET – prurit palpebral, durere la clipire, secretie purulenta cand inflamati
abcedeaza.

-IN CONJUNCTIVITE – inrosirea conjunctivei ,senzatie de arsura, secretie conjunctivala-
seroasa , mucoasa sau purulenta.

PROBLEMELE PACIENTULUI:

-durere de intensitate diferita;

-scurgere de secretie oculara;

-anxietate;

-risc de complicatii – cicatrici ale pleoapei (in BLEFARITA)

-ulceratii (in CONJUNCTIVITA)

-pierderea vederii (in IRIDOCICLITA)

-discomfort.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

Scurgere de secretie oculara din cauza unui proces inflamator infectios, manifestata prin
tegumente umede si rosi.

Discomfort din cauza unui traumatism ocular, manifestat prin lacrimare , fotofobie,
durere,etc. .

OBIECTIVE:

-pacientul sa prezinte stare de bine fizic;

-sa se previna aparitia complicatiilor;

-acuitatea vizuala sa se pastreze intacta.

INTERVENTII:

Educatia populatiei pt. prevenirea infectiilor la orice nivel al ochiului.

Asistenta– aplica tratamentul local recomandat:

-instilatii cu solutii midriatice

-aplicare de comprese imbibate in solutii antiseptice caldute (in blefarite, orgelet);

-spalaturi ale sacului conjunctival cu solutii antiseptic (in conjunctivite).

- pregateste instrumentarul si materialele pt. incizie – drenaj la recomandarea medicului (in orgelet cand nu abcedeaza si in dacriocistita);
- aplica pansament ocular – se pregatesc comprese sub forma de pernite (vata acoperita cu tifon) cu diametrul mai ,mare decat orbita, care se aplica pe globul ocular si se fixeaza cu benzi de romplast;
- administreaza tratamentul general cu antibiotic si antiinflamatoare;
- asigura repaus la pat, repaus vizual In camera cu semiobscuritate;
- asigura alimentatia pacientului: completa cu exceptia pacientului cu iridociclita care primeste alimentatie desodata pt. a reduce exudatia.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTULUI CU CATARACTA

DEFINITIE:

CATARACTA este boala oculara caracterizata prin opacifierea progresiva a cristalinului.

CULEGEREA DATELOR:

-CIRCUMSTANTE DE APARITIE (cauze):

- persoane varstnice (cataracta senile);
- traumatisme (cataracta traumatic);
- boli metabolice – diabet zaharat , avitaminoze (cataracta secundara) ;
- boli infectioase ale mamei in timpul sarcinii (cataracta congenitala).

-MANIFESTARI DE DEPENDENTA (semne si simptome):

- scaderea acuitatii vizuale care poate fi cu instalare insidioasa (cataracta senile) sau cu instalare rapida (cataracta traumatic);
- localizarea cataractei unilateral si apoi la celalalt ochi (cataracta senile) si bilateral (in cataracta congenital).

PROBLEMELE PACIENTULUI:

- comunicare ineficienta la nivel senzorial vizual;
- anxietate;
- izolare;
- risc de accidente, caderi – in special la varstnici;
- reducerea autonomiei in autoingrijire.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

Comunicare ineficienta la nivel senzorial vizual din cauza cataractei senile, manifestata prin scaderea acuitatii vizuale .

Anxietate din cauza prognosticului bolii , manifestata prin agitatie si neliniste.

Risc de accidente din cauza scaderii acuitatii vizuale, manifestata prin cadere sau lovire de obiectele din jur.

OBIECTIVE:

- pacientul sa-si recapete vederea;
- sa fie ferit de riscul accidentelor si complicatiilor.

INTERVENTII:

Asistenta- indruma pacientul ambulator la serviciul de specialitate pt. a aprecia necesitatea actului operator.

In perioada preoperatorie asigura semiobscuritate in incapere, ajuta pacientul sa cunoasca topografia sectiei, face exercitii de mers in camera si la exterior cu ochii ocluzionati;

- invata pacientul sa foloseasca instalatiile de semnalizare pt. a se adapta perioadei postoperatorii;
- recolteaza produse pt. examene de laborator (sange pt. uree, glicemie, TS, TC ,urina ,secretie oculara);
- conduce pacientul la examene de specialitate: examen cardiologic – EKG;
- asigura linistea si odihna preoperatorie.

In perioada postoperatorie supravegheaza pacientul permanent pt. a-si mentine pansamentul binocular (se panseaza si ochiul sanatos pt. a evita clipitul);

- supravegheaza pulsul , tensiunea arteriala;
- educa pacientul sa nu faca miscari bruste, sa vorbeasca in soapta, sa stea in decubit dorsal si lateral pe partea sanatoasa timp de 24 ore;
- administreaza calmante contra durerii;
- asigura 24 ore regim hidric prin tub de suctiune pt. a evita masticatia;
- schimba pansamentul cand este imbibat cu sange si (sau secretie);
- serveste pacientul la pat;

- ajuta pacientul sa coboare din pat cand medicul a permis mobilizarea;
- supravegheaza tranzitul intestinal pt. a prevenii constipatia;
- administreaza tratamentul local si general recomandat;
- aplica pansamentul monocular, ochiul sanatos ramanand descoperit cand evolutia este favorabila;
- sustine psihic pacientul, constientizandu-l ca vederea se recapata partial, iar trecerea timpului poate aduce rezultatul dorit;
- educa pacientul sa se prezinte dupa externare la controale periodice, sa utilizeze corect ochelarii cu lentile convexe pt. distanta si citit (in cazul in care interventia chirurgicala a constat in extragerea cristalinului, fara implant de cristalin artificial.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTULUI CU GLAUCOM

DEFINITIE:

Glaucomul este o stare patologica caracterizata prin hipertensiune intraoculara si leziuni vasculare care duc la atrofia nervului optic.

CULEGEREA DATELOR:

-CIRCUMSTANTE DE APARITIE (cauze):

- tulburari congenitale de drenaj a umorii apoase (glaucom infantil);
- persoane cu sistem nervos labil, emotive;
- schimbari bruste de temperatura

-MANIFESTARI DE DEPENDENTA (SEMNE SI SIMPTOME):

Glaucomul acut:

- dureri oculare si perioculare foarte vii cu iradiere temporal, occipital si insotite de lacrimare;
- scaderea acuitatii vizuale;
- greturi si varsaturi;
- anxietate;
- alterarea starii generale.

Glaucomul cronic:

- dureri periorbitale permanente;
- scaderea insidioasa a vederii – cecitate (orbire) in 10-15 ani.

PROBLEMELE PACIENTULUI:

- discomfort;
- intoleranta digestiva;
- comunicare ineficienta la nivel senzorial – vizual;
- anxietate.
- risc de accident;

DIAGNOSTIC DE NURSING:

- Anxietate din cauza necunoasterii prognosticului bolii, manifestata prin agitatiie , neliniste.
- Discomfort din cauza durerii oculare si perioculare, manifestata prin agitatiie, neliniste.
- Risc de accident din cauza instalarii cecitatii, manifestat prin cadere.

OBIECTIVE:

- pacientul sa aiba stare de bine fizic si psihic;
- sa aiba acuitate vizuala in limitele varstei;
- sa se previna complicatiile invalidante.

INTERVENTII:

-IN GLAUCOMUL ACUT:

- Asistenta asigura internarea pacientului in spital, repaus la pat, in camera cu semiobscuritate;
- participa la examinarea pacientului, pregatind instrumentele pt. masurarea tensiunii intraoculare;
 - linisteste pacientul, administreaza medicatia tranchilizanta si analgezica prescrisa;
 - administreaza tratamentul medicamentos recomandat pt. reducerea tensiunii intraoculare:
 - instilatii cu Policarpina 1%
 - diuretice (EDEREN), purgative
 - perfuzie cu Manitol 15%
 - asigura alimentatia hiposodata si cu un aport redus de lichide.

-IN GLAUCOMUL CRONIC:

- Asistenta educa pacientul sa urmeze corect tratamentul local si general prescris (Pilocarpina sol. 1-3% vit.P.P.)
- recomanda alimentatie desodata, cu reducerea lichidelor; fara condimente, alcool , cafea;
 - recomanda regim de viata ordonat, fara emotii negative cu respectarea orelor de somn (in timpul somnului capul va fi asezat mai sus pe doua perne);

- educa pacientul pt. a purta ochelari fumurii in timpul zilei, sa evite intunericul si trecerile bruste de la temperaturi scazute la caldura;
- incurajeaza pacientul privind evolutia favorabila a bolii daca respecta recomandarile medicale;
- pregateste preoperator si ingrijeste postoperator pacientul cu glaucom. cand tensiunea intraoculara nu scade.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU TRAUMATISME ALE OCHIULUI SI CORPI STRAINI INTRAOCULARI

Deși ochiul este protejat de orbita și pleoape, traumatizarea este frecventă. Leziunile grave pot duce la pierderea vederii ochiului traumatizat dar pot periclita și vederea celuilalt ochi.

-Corpii străini intraoculari sunt cei mai gravi fiind întotdeauna consecința unui traumatism ocular cu plaga perforată.

-Corpii străini conjunctivali se așază de obicei sub pleoapa superioară de unde se extrag ușor prin întoarcerea pleoapei și stergerea ei cu un tampon de vată.

-Cei inclavați (care au intrat) în conjunctiva palpebrala necesită extragerea cu acul, după o prealabilă anestezie prin instilații de 3-4 ori cu xilina 1%.

-Corpii străini neinfecțati și netoxici sunt bine tolerați timp îndelungat.

-Cei infecțati și spinii vegetali și insectele mențin o stare de iritație permanentă și dau complicații serioase.

CULEGEREA DATELOR:

-CIRCUMSTANȚE DE APARIȚIE

- traumatisme;
- accidente casnice și de muncă;
- în timpul jocului la copii.

-MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ

Când corpul străin se află sub pleoapa superioară provoacă:

- zgărieturi;
- lacrimare;
- fotofobie (sensibilitate la lumina).

Când este implantat în corneea pacientul prezintă:

- iritație;
- roseata (eritem);
- durere;

- lacrimare abundenta;
- fotofobie (sensibilitate la lumina);
- scaderea acuitatii vizuale;
- edem corneean;
- suprainfectarea corneei;
- ulcer corneean.

In cazul unui corp strain intraocular pacientul prezinta:

- plaga corneean;
- umoarea apoasa se scurge la exterior;
- hemoftalmie (sange in ochi) .

Plaga poate interesa : irisul , cristalinul.

PROBLEME:

- durere ;
- anxietate;
- comunicare ineficienta la nivel senzorial – vizual;
- risc de complicatii: infectii, zdrobirea globului ocular.

DIAGNOSTIC:

- Discomfort din cauza durerii , manifestat prin agitatie, neliniste, pozitie antalgica.
- Anxietate legata de zdrobirea globului ocular, manifestata prin agitatie, neliniste, etc.
- Alterarea stimei de sine din cauza pierderii ochiului, manifestata prin perceperea propriei persoane ca un monstru.

OBIECTIVE:

- pacientul sa prezinte stare de bine fizic si psihic
- leziunile sa se vindece fara complicatii
- pacientul sa-si pastreze acuitatea vizuala

INTERVENTII:

Daca nu sunt inclavati corpii straini conjunctivali pot fi extrasi prin spalarea abundenta a sacului conjunctival cu apa sau oxicianat de Hg 1/5000.

Daca sunt inclavati se extrag cu un tampon de vata plasat pe o bagheta de sticla si inmuat in apa.

Corpul strain implantat in corneea va fi extras de medicul specialist oftalmolog.

Asistenta va pregati la indicatia medicului materialele necesare si va instila un anesteziu la suprafata pt. ca extragerea se face cu ace de corpi straini sau in lipsa acestora cu ace de seringi. Dupa extragerea corpului strain se instileaza : epitelizante,dezinfectante.

-ochiul se panseaza cateva zile

-se administreaza local midriatice, iar pe cale generala: antiinflamatoare necortizonice, calmante, analgice.

In cazul corpiilor straini intraoculari ingrijirea constituie o urgenta majora.Se va acorda primul ajutor la locul accidentului care va consta in:

-instilare de solutii dezinfectante

-pansament steril

-profilaxia Tetanusului

In spital se face confirmarea prezentei corpului strain prin: oftalmoscopie, radiografie, ecografie.

Daca corpul strain este magnetic se va extrage cu ajutorul Electromagnetului.

Corpii straini radiopaci din diferite materiale se extrag cu pensa.

Corpii straini radiotransparenti se extrag prin interventie chirurgicala. Interventia chirurgicala are succes doar daca este facuta in cel mult 8 ore de la accident.

Asistenta ingrijeste pacientul dupa extragerea corpiilor straini prin aplicare de pansament steril. Invata pacientul cum sa foloseasca mijloace de protectie la locul de munca pt. a preveni accidentele ochiului.

De stiut:

Ochiul rosu este expresia diferitelor cauze in bolile oculare.

Manifestari

-Roseata difuza survenita brusc, asociata cu dureri si secretie conjunctivala, se intalnesc in: conjunctivita microbiana, virotica, alergica, traumatica.

-Roseata difuza insotita de dureri violente apare in Glaucomul acut – este o urgenta (ochiul este dur la presiune).

-Roseata cu localizare intr-o anumita zona a globului ocular apare in:

- Iridociclita- in jurul corneei

-Eruptie sclerala in cadrul unor boli generale R.A.A., TBC, guta (ca niste noduli mamelonari pe conjunctiva si sclera).

ARSURILE OCULARE

Arsurile pot fi provocate de: - agenti chimici

-agenti fizici

In functie de gravitatea lor se impart in trei categorii:

-arsuri de gradul I – II – III

Arsurile de gradul I- sunt leziuni minime ale pleoapei, conjunctivei si corneei.

O astfel de arsura se manifesta prin:

-dureri reduse cu caracter de usturime a ochilor

-senzatie de nisip sub pleoape

-lacrimare

-fotofobie

-tegumentul pleoapelor este congestionat

-conjunctiva hiperemiata (rosie, inflamata)

-corneea dezepitelizata.

Arsurile de gradul II – sunt leziuni mai profunde si mai grave.

Simptomele sunt aceleasi ca si in cazul arsurilor de gr. I dar mai pronuntate si la care se adauga:

-acuitate vizuala scazuta

-cornee tulbure opaca

-pleoape congestionate cu flictene

-necroza in zona conjunctivala.

Arsurile de gradul III – sunt reprezentate de zone intinse de necroza profunda de: pleoape, conjunctiva si corneea care sunt edematiata, opacifiata si ulcerate.

-Fotofobia este pronuntata, iar durerile oculare sunt intense.

Daca corneea este perforata, durerea lipseste.

Ingrijirile se fac in functie de natura agentului cauzal. Acestia pot fi:

-Chimici: acizi , baze, saruri, substante corozive (fosfor, clor) subst. lacrimogene, solvent organic, detergent.

-Fizici cand arsurile survin prin: flacara, gaze sau lichide fierbinti, metale topite, benzina, trasnet, electrocutare , radiatii UV sau infrarosii.

PROBLEME:

- durere
- anxietate
- comunicare ineficienta la nivel senzorial
- alterarea stimei de sine
- alterarea integritatii tegumentelor

DIAGNOSTIC

- Anxietate legata de pierderea acuitatii vizuale, manifestata prin agitatie, neliniste.
- Alterarea integritatii tegumentelor si mucoaselor din cauza arsurilor chimice, manifestata prin pleoape congestionate cu flictene.
- Discomfort din cauza durerii, fotofobiei, manifestata prin agitatie , neliniste.

OBIECTIVE:

- pacientul sa nu prezinte anxietate
- pacientul sa nu prezinte durere

INTERVENTII:**In arsurile chimice:**

- se face spalare repetata abundenta cu apa de la robinet daca nu exista la indemana apa distilata sau ser fiziologic
- aceste lichide se toarna in sacul conjunctival si apoi se inmoaie in acest lichid tampoane cu care se curata din fundurile de sac resturile de substante caustice
- se da bolnavului un calmant
- ideal este ca dupa spalare sa se administreze antidotul specific chiar la locul accidentului
- aplica pansament steril protector
- transporta pacientul la spital

In arsurile cu agenti fizici

Gravitatea depinde de: temperatura agentului cauzal, cantitate, suprafata afectata.

Un rol protector îl exercită pleoapele care prin reflexul de clipire protejează ochiul și lacrimile care prin evaporare contribuie la răcirea agentului cauzal.

Măsuri de urgență constau în:

- scoaterea victimei de sub acțiunea agentului agresor
- sedarea lui
- îndepartează cu un tampon corpilor străini incinși
- spălarea repetată a ochilor cu apă de la robinet, apă distilată sau ser fiziologic prin stropire cu mână.

În cazul în care arsurile sunt cu lichide fierbinti se instilează antiseptice asociate cu midriatice și în general antibiotice prescrise de medic.

-se aplică un pansament steril protector și se transportă victima la spital.

-ÎN SPITAL as. med. administrează tratamentul local (instilează midriatice) și în general (antibiotice) prescris de medic;

- supraveghează pacientul;
- schimba pansamentul.

În cazul arsurilor cu acizi – bicarbonate de sodiu 1-2 linguri la 1l apă fiartă și răcită.

În cazul bazelor:

- amoniac, var – apă acidulată preparată dintr-un litru de apă fiartă și răcită la care s-a adăugat 1 lingură de otet sau acid boric 3%;
- se mai administrează: antibiotice , antiinflamatoare, stimulatoare ale proceselor reparatoare comune cu vit.C și B2.

EVALUARE