

## Glavkomi bolnik v operacijski sobi

UDK 617.754.8:615.825.5

*IZVLEČEK – Članek vsebuje pregled zdravljenja z ortoptičnimi vajami v zadnjih 120 letih. Avtorja razpravljata tudi o sedanjem nihilističnem stališču do ortoptičnega šolanja.*

*ORTHOPTIC EXERCISES-A HISTORICAL SURVEY. ABSTRACT – The author gives a survey of orthoptic exercises for binocular vision in use over the last 120 years. The currently prevalent scepticism as to the value of orthoptic training is discussed.*

Operativni posegi se pri zdravljenju glavkoma opravljajo že več kot sto let. Zaradi zanimivosti jih nekaj navajamo kronološko.

Prvo paracentezo, to je odpiranje sprednjega prekata, omenja že James Wardrop leta 1808. V literaturi zasledimo v letih 1830 in 1835 skleralno punkturo (Mackenzie – Middlemore). Leta 1856 omenja Graefe svojo široko sektorsko (totalno) iridektomijo. Gonin in Critchett sta v obdobju 1857–1858 izvajala iridodezo (operacijo, pri kateri se delček šarenice vstavi v kornealno incizijo). Robertson je uvedel leta 1876 metodo retrociliarne trepanacije. Lagrange leta 1905 omenja prvo filtracijsko operacijo parcialne sklerektomije z iridektomijo. Istega leta, tj. 1905, je Heine na pobudo Axenfelda opravil ciklodializo. Iridenkleizo, to je operacijo, ki je bila v različnih modifikacijah najpogosteje in najdalj časa uporabljana antiglavkomska operativna metoda, je uvedel Holth leta 1906. Nekoliko kasneje je prišel Elliot s korneo-skleralno trepanacijo. Zdravljenje glavkoma pri novorojenčkih s ciklodiatermijo je uvedel Weve leta 1933. Voght je leta 1936 opravil penetrirajočo ciklodiametrijo. Še istega leta je tudi Barkan opisal svojo metodo goniotomije. Prvi opis trabekulotomije z uvajanjem nylonske niti v Schlemmov kanal nam je posredoval Smith leta 1962. Krasnov je leta 1964 opozoril na svojo metodo sinusotomije. Harms in Dannheim sta leta 1966 modificirala metodo trabekulotomije.

Kot je razvidno iz kratkega pregleda, začenja sodobna mikrokirurgija pri operativnem zdravljenju glavkoma v svetu nekako pred 20 leti.

Na našem oddelku so izvajali antiglavkomske operacije praktično že od ustanovitve samostojnega oddelka (1943). V prvih letih so bile to predvsem: iridektomije, iridenklejze, ciklodiatermije in ciklodialize. Prvo antiglavkomsko operacijo s pomočjo operacijskega mikroskopa smo izvedli leta 1977, to pomeni takoj, ko smo ga dobili. Že takrat smo se odločili za varianto trabekulektomije – za goniotrepanacijo po Elliot-Fronimopoulosu. Ta mikrokirurška metoda je povsod po svetu postopoma izrinila klasične antiglavkomske posege. Z njo namreč uspešno operativno zdravimo praktično vse oblike primarnega glavkoma, pa tudi kongenitalni glavkom. Tudi bazalno antiglavkomatozno iridektomijo in druge antiglavkomske posege, pri katerih je treba odpreti zrklo, delamo mikrokirurško.

Takšni posegi so: iridocycloretractio, sclerectomia fistulans partis planae, trabeculocystostomia, trabeculosclerostomia, trabeculectomia.

Pri določenih primerih delamo seveda tudi ciklokriokoagulacijo ali ciklodiatermijo. Za metodo se odloči zdravnik operater in nam že dan pred operativnim posegom to tudi pove.

Za operacijske sestre je pomembno vedeti:

- po kateri metodi bo bolnik operiran,
- bo kombinacija oziroma nadaljevanje enega operativnega posega z drugim (npr. goniotrepanacija, ki ji bo sledila še krioelekstrakcija skaljene leče),
- bo bolnik operiran le na enem ali na obeh očesih,
- ali bo operacija potekala v splošni ali lokalni anesteziji,
- bo treba neposredno pred operativnim posegom bolniku še kaj dati (npr. vkapati miotik, pri kombinaciji z operacijo katarakte izvajati okulopresijo in podobno).

Bolnika, ki je v sobi dobil premedikacijo (za operacijo v splošni ali lokalni anesteziji) pripelje pred operacijsko sobo sobna medicinska sestra. Prevzame ga operacijska sestra, ki ga namesti na operacijski mizi. Pred operacijo v splošni anesteziji pripravijo bolnika najprej anesteziisti ter ga uspavajo (pri nas na žalost za to nimamo posebnega prostora).

Sledi naša priprava, in sicer: dokončna namestitvev ter pritrditev (fiksacija) bolnikove glave za operacijo pod mikroskopom. S tem preprečimo tudi najmanjše premike bolnikove glave. Sledi priprava očesa ali obeh oces, zaščita ušes – da vanje ne teče tekočina, s katero vlažimo roženico. Nato operacijska sestra (»umita inštrumentarka«) očisti operacijsko polje, ga pokrije in zavaruje s folijo, zavaruje stativ mikroskopa in naslonjala za roke na stolu za operaterja. Pripravi še inštrumentarij, šivalni material, tekočine za vlaženje in izpiranje ter drugi material na mizi za inštrumentiranje.

Medtem si operater, ki je že kirurško umit in sterilno oblečen, z zaščitnimi rokami sam nastavi mikroskop: primerno povečavo, ostrino, medzenično razdaljo na okulatorjih zase ter za asistenco. Šele potem lahko druga operacijska sestra, ki streže (»nesterilna«), fiksira vse premične sklepe na mikroskopu. Med samo operacijo mikroskopa ne premikamo. Izjema so le malenkostne spremembe oziroma premiki in fotografiranje na mikroskopu.

Ko je vse to opravljeno, sledi sama operacija. Z uvedbo oziroma uporabo mikroskopa so vidne in dostopne tudi tiste fine očesne strukture, ki so bile pred tem malo raziskane in so pogosto veljale za nedotakljive.

Seznanili bi vas še z določenimi posebnostmi, ki se pojavljajo pri delu pod mikroskopom. Najprej pri operaterju: majhno vidno polje, stalna pozornost, da se z instrumentom ne dotakne mikroskopa, ki ni sterilen. Pri predaji oziroma prevzemu inštrumentov in šivalnega materiala je popolnoma odvisen od operacijske medicinske sestre (inštrumentarke). Ves čas dela je v prisilni, skoraj nefiziološki drži; popolno vztrajanje v njej lahko traja tudi več ur. Prav tako ali vsaj podobno se godi tudi asistenci.

Tudi operacijska sestra, ki inštrumentira, ima določene probleme: zaradi dela v relativni temi (večji kontrast na operacijskem polju) težko najde drobne nitke šivalnega materiala, težko loči različne inštrumente (npr. vrhove finih pincet), še posebej zato, ker je miza temno zeleno pokrita. Zato se mora navaditi na vedno

določen in enak vrstni red na svoji mizi. Operaciji sledimo sklonjeno nad bolnikom, da lažje inštrumentiramo, oziroma dosežemo roke operaterja ter sledimo poteku operacije.

Po končani operaciji damo bolniku v oko antibiotično mazilo ali še kaj drugega (npr. kapljico miotika, kortikosteroide in podobno) ter zavežemo obe očesi. Kadar sledi operacija še na drugem očesu, operirano oko samo zaščitimo z vlažno gobico. Ob predaji bolnika sobni medicinski sestri posredujemo tudi morebitna naročila in navodila operaterja ali anesteziologa glede nadaljnje terapije.

#### Literatura

1. Trontman RC. Microsurgery of the anterior segment of the eye. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1974.
2. Vojniković B. Kirurgija glavkoma. Zagreb: Izdavački zavod Jugoslavenske akademije znanosti i umjetnosti, 1975: 17.

---

## ODNOS VAROVANEC – MEDICINSKA SESTRA PRI ZBIRANJU PODATKOV (2)

Tudi poslušanje je aktivni proces, ki terja veliko pozornosti. Je spretnost, ki jo moramo obvladati. Predvsem se je potrebno zanimati za probleme sogovornika. To zanimanje lahko varovancu pokažemo na razne načine, ne le ustno. Če varovanec čuti, da nas njegove izjave zanimajo in prevzemajo, bo raje nadaljeval pogovor. Zanimanje in simpatijo izrazimo tudi z obrazno mimiko, s smehljajem; ljudje so si zelo različni v tem, kako so sposobni dajati podatke – nekateri potrebujejo ohrabritev, da sploh spregovorijo, drugi pa kar bruhajo informacije, ki se nam bodo zdele morda nepomembne. Nekateri hote ali nehotе zamolčijo bistvene podatke. Tudi če je sogovornik zelo zgovoren, ne smemo dajati vtisa, da se nam mudi ali da smo nestrpni. Medicinska sestra mora presoditi, kdaj bo pomagala pri opredelitvi problema in kdaj je potrebno pojasniti kakšno točko. Koristno je, da skupaj z varovancem preverimo, če smo pravilno razumeli, kar nam je povedal (Rogers, 1967).

Govorno (verbalno) komuniciranje je del kompleksnega procesa medsebojnih stikov. Druge oblike komuniciranja so: govorica telesa, kretnje, način oblačenja, obnašanje itd. Vse te oblike komuniciranja sprejemamo vidno ali z drugimi čutili. Poleg pogovora in pravkar navedenega opazovanja je v številnih primerih potreben še fizični pregled. Tudi to je del ugotavljanja potreb in ga lahko opravi le višja medicinska sestra. Zapis tega pregleda sodi v dokumentacijo ugotavljanja potreb po zdravstveni negi (Parsons in Sanford, 1979).

Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi zahteva poklicno znanje, spretnosti in sposobnost strokovne presoje. Postopek sme zato opraviti le višja medicinska sestra ali pod nadzorstvom študenti višjih letnikov.

Začetno ugotavljanje in načrtovanje zdravstvene nege mora opraviti ista oseba. Pomembno je, da svoje strokovno delo organiziramo tako, da bomo vedno imeli čas za ugotavljanje potreb, pa čeprav je med bolniki kar  $\frac{1}{3}$  novosprejetih. Od kvalitete ugotavljanja potreb je odvisna kvaliteta načrtovanja in izvajanja zdravstvene nege.

Proces zdravstvene nege. Priročnik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1984: 40–41.