HEMŞİRELİK

KULAK BURUN BOĞAZ VE GÖZ CERRAHİSİNDE BAKIM

Ankara, 2013
• Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.

• Milli Eğitim Bakanlığına ücretsiz olarak verilmiştir.

• PARA İLE SATILMAZ.
İÇİNDEKILER

GİRİŞ .................................................................................................................................1
ÖĞRENME FAALİYETİ–1 ....................................................................................................3

1. KULAK-BURÜN- BOĞAZ HASTALIKLARINDA CERRAHİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI ................................................................. 3
   1.1. Kulak-Burun- Boğaz ve Sinüs Hastalıklarında Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Sorumlulukları .......................................................... 4
   1.2. Kulak ve Sinüs Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı .............................................................................................................. 9
      1.2.1. Dış Kulak Hastalıkları (Dış Kulak ve Dış Kulak Yolu Hastalıkları) .......................................................................................... 10
      1.2.2. Orta Kulak Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 15
      1.2.3. İç Kulak Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 18
   1.3. Burun ve Sinüs Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı ........................................................................................................... 19
      1.3.1. Burun Travmaları ...................................................................................................................................................... 19
      1.3.2. Burun Kanaması (Epistaksis) ........................................................................................................................................... 20
      1.3.3. Sinüzit ............................................................................................................................................................................. 22
      1.3.4. Burun, Sinüs, Nazofarinks Tümörleri ................................................................................................................................ 23
   1.4. Boğazın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı ...................................................................................................................... 24
      1.4.1. Tonsilit ............................................................................................................................................................................. 25
      1.4.2. Tümörler ............................................................................................................................................................................. 28

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME .......................................................................................... 35

ÖĞRENME FAALİYETİ–2 .................................................................................................. 36

2. Göz HASTALIKLARI CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI ........................................................................................................ 36
   2.1. Göz Hastalıklarında Kullanılan Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Sorumlulukları ................................................................. 37
   2.2. Gözün Cerrahi Hastalıklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı ........................................................................................................ 38
   2.3. Göz Kapak Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 40
   2.4. Gözyaşı Sistem Hastalıkları .................................................................................................................................................. 42
   2.5. Konjonktiva Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 43
   2.6. Kornea Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 47
   2.7. Vasküler Tabaka Hastalıkları .................................................................................................................................................. 49
   2.8. Retina Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 49
   2.9. Lens Hastalıkları ................................................................................................................................................................. 50
   2.10. Optik Sinir Hastalıkları ...................................................................................................................................................... 52
   2.11. Şaşılık (Strabismus) ...................................................................................................................................................... 54
   2.12. Glokom ............................................................................................................................................................................. 56
   2.13. Kırmızı Kusurları ...................................................................................................................................................... 58
   2.14. Tümörler ............................................................................................................................................................................. 61

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME .......................................................................................... 66

MODÜL DEĞERLENDİRME ............................................................................................ 67

CEVAP AŇAHTARLARI ........................................................................................................ 69

KAYNAKÇA ......................................................................................................................... 70
Sevgili Öğrenci,

Hemşire kulak-burun-boğazın anatomik yapısını, hastalıklarını ve cerrahide verilmesi gereken profesyonel hemşirelik bakımını çok iyi bilmelidir.

Hasta ile etkili iletişim kurmak ve empati yapmak, hasta ve ailesine ameliyat sürecinde destek olmak, bakım planı doğrultusunda bakım ve eğitim vermek cerrahi hemşireliğiinde önemlidir.

Hemşire, göz cerrahisinde verilmesi gereken profesyonel hemşirelik bakımını uygulayabilmek için gözün anatomik yapısını ve hastalıklarını yeteri kadar bilmelidir. Hemşirelik bakımında bireye ve hastalığına, geçirdiği cerrahi müdahaleye yönelik bakım verme becerisine sahip olmalıdır.

Bu eğitim materyali ile kulak-burun-boğaz ve göz hastalıkları cerrahisinde hemşirelik bakımını öğreneceksiniz.
ÖĞRENME FAALİYETİ–1

AMAÇ

Kulak-burun-boğaz hastalıkları cerrahisinde hemşirelik bakımını yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Kulak hastalıkları kaç bölümden incelenir? Farklı kaynaklardan araştırarak elde ettığiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Burun hastalıklarında cerrahi gerektiren durumlar nelerdir? Araştırınız. Elde ettığiniz bilgileri sunu hâlîne getirerek sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Boğaz hastalıkları cerrahisinde hemşirelik yaklaşımları neler olabilir? Kaynaklardan araştırınız.

1. KULAK-BURUN-BOĞAZ HASTALIKLARINDA CERRAHİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kulak-Burun-Boğaz (KBB) hastalıklarında kulak, burun, boğaz ve baş boyun muayenesi bir bütündür. Bu organların arasında sıkı komşuluk vardır. Herhangi birinde meydana gelen rahatsızlık kolayca diğerlerine de yayılabilir. Örneğin kulakla ilgili bir yakınmayla gelen bir hastanın burun ve boğaz yönünden de değerlendirilmesi gerekir.

Hemşire kulak, burun, boğazda anatomik yapılı, KBB hastalıklarını ve cerrahide verilmesi gereken profesyonel hemşirelik bakımını çok iyi bilmelidir.

- **Kulağın Anatomisi**

İşitme işlevini gören ve denge organını içinde bulunduran anatomik yapıdaki organdır. Kulak (auris) üç bölümden incelenir; dış kulak (Auris externa), orta kulak (Auris media), iç kulak (Auris interna)

- **Dış Kulak (Auris Externa)**

Dış kulak iki bölümden oluşur. Bunlar, kulak keşesi ve dış kulak yoludur.


- **Orta Kulak (Auris Media)**

  
  - Timpan boşluğu (cavitas tympanica)
  - Östaki borusu (tuba auditiva)
  - İşitme kemikçikleri (ossicula auditus)

- **İç Kulak (Auris Interna)**

Temporal kemikin içinde bulunur. İç kulakta işitme ve vücudun dengesi ile ilgili özel duyu hücreleri bulunur. İşitme ve denge işlevleri burada yapılır.

1.1. Kulak-Burun- Boğaz ve Sinüs Hastalıklarında Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Sorumlulukları

Kulak-burun-boğaz ve sinüs hastalıklarında tanı yöntemleri aşağıdaki gibidir.

- Hastanın anamnezi
- Fizik muayene
- İşitme testleri ve denge muayeneleri (kulak hastalıklarında)
- Laboratuvar testleri
- Radyografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve nükleer magnetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri

- **Hastanın anamnezi**

Kulak-burun-boğaz hastalıklarında belirti ve bulgular araştırılır.


Burun Hastalıklarında: Hastayı rahatsız eden durumlar, şikayetleri, daha önce cerrahi bir müdahale geçiren geçirmemiş, tedavi görüp görümemiş, ağrı, burunda kuruluk hissi, tikanma, akıntı olup olmadığını, koku alma durumu ve kanama olup olmadığını sorulur.
Farenks ve Larenks Hastalıklarında: Hastanın mesleği, geçirdiği hastalıklar, şikâyetleri, alışkanlıkları sorulur. Farenks hastalıklarında en sık görülen şikayettir ağrıdır. Larenks hastalıklarında ise seste olan değişiklikler, disfaji, öksürük, hemoptizi, dispne, ağrı gibi belirti ve bulguların olup olmadığını bakılır ve değerlendirilir.

➢ Fizik Muayene

Hastanın fizik muayenesi yapılır.

Resim 1.1: Boğaz muayenesi

KBB muayenesinin diğer sistemik muayenelerden bazı farklılıklar vardır. Bunlar:

- Bir ışık kaynağına ihtiyaç vardır.
- Muayene sırasında birçok yardımcı alet kullanılır (nazal spekulum, kulak spekulumu, aynalar vs.).
- Bazı bölgeler ancak indirekt olarak (larinks, nazofarinks gibi gözle direkt olarak görülememeyen bölgelerin ayna görüntülerinin değerlendirilmesi) gözlenebilir.
- Çok özel durumlar dışında muayene temel olarak inspeksiyon ve palpasyona dayalıdır.

Kulak Hastalıklarında: İnspeksiyon (gözle yapılan muayene) ve palpasyon (elle palpe edilerek yapılan muayene) ile sertlik, nodül, hassasiyet olup olmadığını bakılır. Diş kulak yolu ve kulak zari, kulak spekulumu kullanılarak otoskopik muayene (Diş kulak yolu ve kulak zarının ışık ile muayene edilmesidir.) yapılır. Otoskop, içinde ışık kaynağı ve mercek sistemi olan kulak muayene aletidir.

Fizik muayenede otoskop ile kulak yolunda yabancı cisim, buşon, kızarıklık, kist, şişlik, akıntı vb. olup olmadığını ve kulak zarında olan değişiklikler, perforasyonun varlığı değerlendirilir. Ayrıca östaki borusu değerlendirilir.
Burun Hastalıklarında: Fizik muayenede ilk basamak burun sırtının, burun çevresindeki cildi çıplak gözle muayenesidir. Ayrıca burun ucu başparmakla hafifçe yukarı doğru kaldırılarak nazal vestibüle kadar uzanan bir septal deviasyon, vestibülit, follikülit vs. olup olmadığı araştırılır.

Burun boşluklarının muayenesine “rinoskopi” adı verilir.

Burun ön boşluğu, nazal spekulum ve arka boşluğu ise nazofarengeal Ayrıca yardımcıla muayene edilir. Nazal spekulumlarn pediatric olanları ve erişkinler için olanları vardır. Ön boşluhta nazal septum düzgünliği, epistaksis (burun kanaması), polip ve burun akintisi olup olmadığına bakılır. Arka boşluklar, mukoz membran, ödem, renk ve polip açısından değerlendirilir.
Bazen şiddetli öğürme refleksi nedeniyle muayene güç olabilir. Bu durumda hastanın orofarinksi topikal anestetik bir ilaca (lidokain veya pantokain spreyleri gibi) uyuşturularak muayene yapılır.

**Palpasyon:** Nazal fraktür (çatlag) şüphesinde burun çatısının ve çevresinin palpasyonu kırık hatlarının saptanmasını sağlar. Akut maksiller sinüzitte fossa canina'ların palpasyonunda ağrı saptanması, tanida önemli bir bulgudur. Ayrıca tümör şüphesinde de bu bölgelerin palpasyonu tümörün yayılımı hakkında bilgi sağlar.

**Farenks ve Larenks Hastalıklarında:** Fizik muayenede, inspeksiyon ve palpasyon yöntemi kullanılır. Inspeksiyon, dil başacağı, alın aynası ve ışık kullanılarak gerçekleştirilir. Palpasyonda, farenks ve larenks bölgeleri palpe edilerek ağrı, şişlik vb. olup olmadığına bakılır. Larengoskopi yapılabilir.

- **İşitme Testleri ve Denge Muayeneleri (Kulak Hastalıklarında)**

  Odyoloji; işitme kayıplarının tespiti, değerlendirmesi ve rehabilitasyonu ile ilgilenen bir bilim dalıdır. Otolojik problemi olan bir hastanın diagnostik incelemesi ve işitme kaybının rehabilitasyonu için işitmenin değerlendirilmesi şarttır. İşitme testleri her kulak için ayrı yapılmalıdır. Bu testler aşağıda açıklanmıştır.

  - **Sesle yapılan testler:** İşitmesi normal olan bir şahıs, sessiz bir odada güçlü bir fısıltı sesini 6 metre uzaklıktan rahatlıkla işitebilir. Fısıltı sesini duyamıyorsa normal konuşma sesi ile işitmesi kontrol edilir. Bunu da duyamayan hastalarda yüksek sesle işitme kontrol edilir. Son durumda hasta diğer kulaklarının maskelenerek her kulakın ayrı ayrı test edilmesi gereklidir. Fısıltı sesi veya konuşma sesi ile yapılan testler hastaların konuşmayı anlamasını belirleyen basit ve pratik metodlardır.

  - **Diyapozan testleri:** Diyapozon kabaca Y harfine benzeyen ve saniyede belirli bir titreşim sayısına sahip bir alettir. Bir diyapozonun titreşimi ile meydana gelebilecek en yüksek ses şiddeti 60 dB’dir (Desibel, sesin şiddet birimi). Test, ses geçirmeye bir odada yapılır. İşitme kaybı, her frekans için dB olarak ölçülür ve odyogram üzerinde belirtilir.

  - **Odyometrik testler:** Elektronik bir cihaz olan odyometre ile işitme fonksiyonunun ölçümü, işitme eşiklerinin saptanması işlemine odyometri denir.


İşitme kaybının dereceleri aşağıda verilmiştir:

- 0-25 dB ===== Normal işitme sınırları
- 26-40 dB ===== Çok hafif işitme kaybı
- 41-55 dB ===== Hafif işitme kaybı
- 56-70 dB ===== Ortalı işitme kaybı
- 71-90 dB ===== İleri işitme kaybı
- 91 ve üzeri ===== Çok ileri işitme kaybı

**Laboratuvar Testleri**

Kulak Hastalıklarında: Gerekli olan kan testleri istenir, kulak drenajından kültür ve gerekirse biyopsi yapılır.

Burun Hastalıklarında: Burun akıntısından kültür alınabilir.

Farenks ve Larenks Hastalıklarında: Tanı testleri uygulanır. Endoskopi yapıldığında hastadan kültür veya biyopsi alınabilir.

**Radyografi, Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi ve Nükleer Magnetik Rezonans Görüntüleme Yöntemleri**

Kulak Hastalıklarında: Bilgisayarlı tomografi; orta kulaktaki kronik iltihapların ne kadar yayıldığı, orta kulaktaki kemikçikleri ne kadar erittiği ve orta kulak yapıları hakkında bilgi verir. Özellikle kronik orta kulak iltihapları için bir ameliyat düşünülse CT çekimekte fayda vardır. Bazı işitme kayıplarında iç kulakla ilgili tümör ya da buna benzer hastalıklar akıl gelir. Bu gibi durumlarda manyetik rezonans (MR) daha uygunsa da bazı durumlarda CT çekilibilir.

Burun ve Sinüs Hastalıklarında: Ultrasonografi, radyografi, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleri tanida yardımcı olur. Başıta kronik sinüs örtüsü olmak üzere her türlü sinüs hastalığı ve burun içindeki et büyümeleri, tümör gibi durumlarda bilgisayarlı tomografi en faydalı tectik yöntemdir.

Farenks ve Larenks Hastalıklarında: Farenksin radyolojik incelemesi yapılır. Manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır.

KBB uzmanları için teşhis koymakta en çok zorlanılan konulardan biri de boyundaki kitlelerin (şişliklerin) ne olduğunun anlaşılmasıdır. CT, bu gibi durumlarda çok önemli bilgiler veren ve bazen teşhis koyduran bir yöntemdir.
Geniz, yutak ve gırtlakın tümör ya da diğer hastalıklarında CT ile kesitsel tarzda görüntüler alınabildiği için bu bölgelerin tümörlerinin yayılımı ya da diğer hastalıkları konusunda bilgiler alınır ve buna göre ameliyat planlanır.

- Hemşirenin Sorumlulukları
  - Hemşire hasta ile iletişim kurmalıdır, güelryüz ve güven verici olmalıdır.
  - Hastayı muayene olmaya hazırlamalısınız (pozisyon verme, bilgilendirme vb.).
  - Hastaya tanı koymada doktor tarafından istenen taktikler hakkında hasta istese gerekli açıklamaları yapmalıdır.
  - Hastanın zarar görmesine neden olacak çevresel etkenlerden hastayı korumalıdır.
  - Hastanın güvenliğini sağlamakta hizmet vermelidir.
  - Asepsi ve antisepsi konusunda gerekli duyarlılığı göstermelidir.
  - Hastaya ailesine yardımcı olma, onları yönlendirmek konusunda duyarlı olmalıdır.

1.2. Kulağın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

- Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı
  - Hemşire, yapılacak ameliyatla ilgili hastaya ve ailesine bilgi verir, destek olur.
  - Hastada kulak akıntısı ve infeksiyon varsa ameliyat öncesi antiseptik solüsyonlarla kulak temizliği yapılır. Doktor istemine göre lokal veya sistemik antibiyotik verir. Hastanın antibiyotiklerini düzenli almasını sağlar.
  - Hastaya ameliyat sonrasında yapmaması gereken hareket ve pozisyonlarla (esneme, öksürme, burun silme gibi) ilgili bilgi verir.
  - Hastaya ameliyat sonrasında sargı ve pansumanlarına dokunmaması, baskı yapmaması konusunda bilgi verir.

- Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı
  - Kulak ameliyatı olan hasta 24-48 saat yatak istirahatine alınır.
  - Yaşam bulguları düzenli olarak kontrol edilir.
  - Hasta tek başına ayaga kalkmamalı, ona destek olunmalıdır.
  - Hemşire hasta ile iletişimde işitme kaybı varsa başka yollar denemelidir (yazmak gibi).
1.2.1. Dış Kulak Hastalıkları (Dış Kulak ve Dış Kulak Yolu Hastalıkları)

Dış kulak hastalıkları, aurikula (sayvan) hastalıkları ve dış kulak yolu (meatus akustikus eksternus) hastalıkları olarak iki bölümde ele alınıyor.

1.2.1.1. Aurikula (Sayvan) Hastalıkları

Şekil Bozuklukları; konjenital anomaliler ve akkiz (sonradan gelişen) şekil bozuklukları olarak iki bölüme incelenir.

- Konjenital anomalilerde şekil bozukluğu olarak aşağıdaki anomaliler görülür:
  - Anotia (kulak kepçesinin yokluğu)
  - Mikrotia (küçük kepçe)
  - Kepçe kulak (sayvanın temporal kemikle geniş açılı olarak bulunması halidir. Bu tür sayvanlarda çoğunlukla makrotia bulunmaktadır.
  - Preauricular kist ve fistüller

Sayvan anomalilerinin tanısı inspeksiyonla bile konabilmekte, tedavileri de plastik cerrahi yöntemlerle gerçekleştirilmektedir.

- Akkiz (Sonradan Gelişen) Şekil Bozuklukları: Travmatik, yangısal, yanık, donuk ve radyoterapi sonucu, kötü skatrizasyonlarla ve doku kaybıyla gelişen şekil bozukluklardır. Tedavileri, plastik cerrahi girişimlerle normal görünümü olan bir sayvan yapmakla sağlanır.
  - Otohematom


- Donmalar

- **Auriculada Yanıklar**

Genel yanık tedavi prensipleri ile tedavi edilir. Supuratif perikondriti önlemek için profilaktik antibiyotik verilir.

- **Perikondritis**


Tedavide sistemik antibiyotikler verilir. Aurikülanın ödemi azaltmak amacıyla doktor isteme göre enfamasyon sahasına alkollü soğuk pansumanlar, betadin veya borik asit solüsyonları topikal olarak uygulanmalıdır. İleri vakalarda hastaların yatırılarak intravenöz (IV) antibiyotik tedavisi yapılması gerekebilir.

Erken drenaj ve etkin tedavi yapılmayan hastalarda tüm kıkırdığın yıkımı sonucu sayvan şekli bozuklukları gelişebilir ve enfeksiyon ilerlerse kartilaj nekrozu ve büzüşme görülebilir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen vakalarda cerrahi debridman ve lokal fleplerle onarım gerekebilir.

- **Herpes Zoster Oticum (Zona Zoster Oticum)**


**Tedavi:** Semptomatiktir. Bu amaçla analjezik, B1 ve B12 vitaminleri verilmektedir. Veziküller üzerine kortizon içeren yumuşatıcı pomatlar sürülmektedir. Fasiyal parализi gelişmesi durumunda kortikoterapiye başvurulur.

- **Sayvan Tümörleri**

Aurikulada hemanjjom, fibrom, kondrom, nevüs ve kistik benign tümörler (kist-sebase) görülebilir. Metastaz yapmayan bu oluşumlar cerrahi girişimlerle çıkarılmaktadır.

**Tedavi:** Tümörün büyüklüğüne metastazına göre yüzeyel ya da derin rezeksyon yapılır.

1.2.1.2. Dış Kulak Yolu (Meatus Akustikus Eksternus) Hastalıkları

- **Şekil Bozuklukları**


  **Tedavi:** Nedene yönelik tedavi yapılır.

- **Dış Kulak Yolu Yangısı (Akut Otitis Eksterna)**

  Dış kulak yolun, vücud ısıısı ve salgılar nedeniyle ılık-nemli bir ortamdır. Böyle bir ortam enfeksiyona yatkındır. Dış kulak yolun tahriş etmemeli, doğal ortamı bozulmamalıdır.

  **Tedavi:** Enflamasyon safhasında dış kulak yoluna uygulanan kortizon ve antibiyotikli deri pomadı emirilir. Enfeksiyonun şiddetli ve diffüz olduğu vakalarda antibiyotik (siprofloksasin) ve analjezik eksinlenmişdir.

- **Büllöz Mirinjit**

  Dış kulak yolunda (DKY), timpanik membran üzerinde bullerle karakterize viral bir enfeksiyondur. Tedavide analjezikler ve sekonder bakteriyel infeksiyonları önlemek için antibiyotikler verilebilir. Steril olarak buller drene edilir.

- **Malign Otitis Eksterna**

  Malign otitis eksterna DKY enfeksiyonunun kemiğe yayılması sonucu gelir. Herhangi bir malignitenin bulunmamasına karşın bu hastalığa “malign” denilmesinin sebebi, kontrol altında alınamayan enfeksiyonun çevre dokuları ve kemikte yaptığı yıkımdır. Etkeni Pseudomonas aeruginosa’dır. Ancak akut eksternal otkten farklı olarak bu hastalık, mikrovasküler bir patoloji zemininde gelişir (en sık diabetes mellitus).

  Genellikle yaşlı ve diabetli olan bu hastalarda, immün reaksiyonların etkinliğindeki zayıflama nedeniyle uygulanan antibiyoterapiye dirençli kulak yolu enfeksiyonu eşlik eder. Ağrı yakınıması, akut otitis eksterna ile kıyaslandığında çok fazla değildir. Ancak hastalar geceleri ağrılarının arttuğundan ve bu nedenle uyuşamadıklarından yankılar.

  12
**Tedavi:** En önemli nokta hastada mevcut olan diabetik durumun kontrol altına alınmasıdır. Hasta hospitalize edilerek yoğun parenteral antibiyoterapi (siprofloksasin) ve lokal pansuman uygulanmalıdır. Nekroz varlığında cerrahi debridman gereklidir.

- **Otomikozis**

Mikozlar (funguslar), dış kulak yolunda nemlilik artımı ve flora bozulması durumunda kolayca üreyebilmektedir. Toz ve toprakta yaygın bir şekilde bulunan aspergilluslar, dış kulak yolunda en çok üreyen mantarlardır.

Klinik belirtiler olarak kaşıntı ve akıntı olur. Akıntı nedeniyle otitis media'yı, kaşıntı nedeniyle de alerjik hastalıkları anımsatırlar. Dış kulak yolu içinde biriken ve sporların rengine uygun membranlar şeklinde toplanan ve çoğunlukla A.niger tipi ile gelişen otomikozis, dış kulak yolunu tıkayarak işitme kaybı nedeni de olmaktadır.

**Tedavi:** Nemliliği azaltmak ve ortamı asit yapmak amacıyla dış kulak yolu doymuş alkol borique veya %1-3’lük alkol salicylé solusyonları uygulanır. Birikmiş olan sporlar aspirasyonla temizlenir. Ayrıca antimikotik solüsyon ve merhemler de lokal olarak uygulanabilir.

- **Dış Kulak Yolu Tıkacıları (Buşonlar)**


Su ile temas eden buşonlar, şişerek dış kulak yolu tıkacıları için iletişim tipi işitme kaybı neden olur. Bu nedenle denize giren ve sık banyo yapılan yaz aylarında işitme kaybı nedeniyle buşon oğullarının başvuruları daha çok olmaktadır.

**Tedavi:** Sert tıcaçlar, kulakta tahrişe yol açacağından ağrı, basınç hissi, uğultu, baş dönmesi yapabilir. Buşon genellikle direkt görüş alanında ise özel kuretle (serumen spatulası) çıkarılır. Aksi takdirde kulak lavajı (irigasyonu) yapılır. Sert buşonlar yumuşatılarak çıkarılmaktadır.

Yumuşatıcı solüsyonlar (sodyum bikarbonat veya gliserin solüsyonu), 2-3 gün damlatılduktan sonra zar perforasyonu bulunmayan vakalarda 37 °C’lik steril su veya çeşme suyu ile lavaj yapılır. Zar perforasyonu olanlarda buşonlar kuret, kroşe ve aspirasyonlarla çıkarılmaktadır. Perforasyonun bulunduğu veya kuşku olgularla lavaj kontrendikedir.
Dış Kulak Yolu Yabancı Cisimleri


Akut Lokalize Otitis Eksterna (Fronkülozis)

Dış kulak yolunun, dış kısmında bulunan kıl ve sıvi bezi foliküllerinin iltihabıdır. Dış kulak yolunun kibrit çöpü, sivrı uçlu cisimler vb. ile karıştırılması sonucu gelir. Hastalar kulakta ağrı, hassasiyet ve ileri vaka larda işitme azlığı şikayetleriyle başvurur.


Egzostoz (Osteokondrom)

Dış kulak yolunun lümenine doğru gelişen osteom karakterinde kemiksel çıkıntılardır. Dış kulak yolunun lümeninin tıkanmasıyla illetim tipi işitte kaybı, kitle arkaında epitel artıklarının birikmesiyle kolesteatom benzeri olumsuna (keratoma obturans) zemin hazırlayarak komplikasyona neden olur. Bu tip komplikasyonlara neden olan egzostoz lar mikroşirürjik girişimlerle çıkarılmaktadır.

Dış Kulak Yolu Egzemasi

Dış kulak yolu nedeniyle alerjik dermatitidir. Genel ve lokal allerjenlerle, otitis media ve otomikoz gibi akıntılarla dış kulak yolu cildinde alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Tedavisi ise primer hastalığın yok edilmesi ve alerjik dermatitisin tıbbi tedavisi ile (kortikosteroidli lokal pansuman, debrislerin aspiré edilmesi, antihistaminikler verilmesi) yapılmaktadır.

Dış Kulak Yolu Tümörleri

Tedavi: Tümörün invazyon derecesine uygun olarak geniş cerrahi girişimlerle sağlanmaktadır.

1.2.2. Orta Kulak Hastalıkları

Kulak Zarı Perforasyonu (Delinmesi)

Kulak zarnın perforasyonu, travmalara veya iltihaplara bağlıdır. Buna bağlı işitme kayıplarını görebilir. Kulak zari delimesi, travmatik delinmeler ve iltihabi delinmeler olmak üzere iki şekilde ele alınır.

Travmatik delinmeler; dış kulak yolunda ani basınç artış (lavaj, tokat, çarpma, patlama), kürdan gibi cisimlerin travmatik etkisi, yanıklar, temporal kemik fraktürleri sık rastlanan nedenlerdir.

Travmatik timpanik membran perforasyonlarının %90'i ilk 3 ay içinde spontan kapanır, %10'u için timpanoplasti gerekir.

İltihabi delinmeler genellikle akut otitis media seyri sırasında orta kulaktaki sıvı basınca neden olduğu için zarperfere olur.

Tedavisinde dış kulak yoluna steril bir gaz bezi konur. Kulak lavajından kaçınılr (seconder infeksiyon neden olmamak için), antibiyotikli kulak damlalari kullanılır ve sistemik antibiyotikler verilir.

Kulak Zarı İltihabı (Myringitis)

Otitis eksternanın zara ulaştılama veya virüslere bağlı olarak meydana gelebilir. Sekonder infeksiyonu mani olmak için antibiyotik ve analjezik verilir. Çok ağrılı durumlarda steril şartlarda parasentez yapılabilir.

Orta kulak iltihabı(otitis media): Sürelerine göre otiler; ilk 3 hafta süresince olanlar akut, 4-12 hafta kadar sürenler subakut ve 12 haftadan daha uzun sürenler kronik otitis media olarak adlandırılır.
Otitis media (OM) çocukluk çağı hastalıkları arasında üst solunum yolu enfeksiyonlarından (ÜSYE) sonra en sık görülen ikinci hastalıktır. Orta kulaktaki herhangi bir enflamasyon otitis media olarak tanımlanmaktadır. OM etiyojiye, süresine ve semptomlarına, fizik muayene bulgularına göre çeşitli sınıflara ayrırılabilir. Akut otitis media (AOM) aşağıdaki semptomların bir veya daha fazlası ile beraber hastalığın hızlı gelişmiş olduğunu ifade eder.

- Otalji (Kulak ağrısı)
- Ateş
- Otore (Kulak akıntısı)
- Yeni gelişmiş işahılsızlık
- Huzursuzluk
- Kusma
- İshal

Bu semptomlara kulak zarının anormal otoskopik bulgularının eşlik etmesi şarttır. Bu anormal bulgular aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Bombeleşmiş zar görüntüsü
- Kızarıklık
- Orta kulakta effüzyon görüntüsü
- Pnömotik otoskopide azalmış zar hareketliliği

AOM tekrarlayan bir hastalıktır. 7 yaşına kadar tüm çocukların üçte birinden fazlası en az 6 AOM atağı geçirmektedir. Effüzyonlu otitis media (EOM) ya da eski adı ile seröz ya da sekretuar otitis media (SOM) enfeksiyon belirti ve bulgularının (ateş, kulak ağrısı, huzursuzluk vs.) eşlik etmediği herhangi bir orta kulak effüzyonu olarak tanımlanabilir. Siklikla EOM, AOM sonrasında gelişmektedir. Kronik süpüratif otitis media (KOM) ise orta kulağın 6 haftadan daha uzun süren kronik enflamasyonudur.

**Effüzyonlu Otitis Media (Seröz Otitis Media, Sekretuar Otitis Media):** Effüzyonlu otitis media, orta kulaktaki ilihap sıvı birikimi anlamına gelir (Effüzyon, sıvı demektir.). Genellikle komplikasyon gelişirmeden kendiğinden iyileşir. Lokal ve sistemik enflamasyon bulguları olmaksızın tüketip işitme kaybı gelişir.

EOM, akut enfeksiyon belirtileri ve bulgular (kulak ağrısı, ateş vs.) ortaya çıkılmaksızın, sağlam kulak zarı arkasında sıvı birikimi ile karakterize ve her yaşta görülmekte birlikte siklıkla 3-6 yaşlarında görülen bir hastalıktır.

Orta kulağa normal koşullarda, yutkunma esnasında östaki borusundan hava gelir. Orta kulak effüzyonunda östaki borusu tıkaldır ve orta kulağa hava gelmez (nezle, gripe, geniz eti). Kulak zarı arkasında sıvı birikir ve kulakta tikanıklık ortaya çıkabilir. Yetişkinlerde bazen uçak seyahati veya dalış sporları sonrası basınç değişikliklerine bağlı bazen de geniz ve burunu tıkanan çeşitli hastalıklar (burun eğriliği, geniz eti, tümör) nedeniyle oluşabilir.
Modern ventilasyon tüplerinin kullanımı, günümüzde izlem ve medikal tedaviye yanıt vermeyen kronik EOM tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. EOM’nin cerrahi tedavisinde östäki tüpünün işlevini düzeltmek ve yineleenen enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla kullanılır.

Tedavi: Nazal konjesyon veya akıntı, adenoidler, orta kulak, sinüsler ve farinksde enfeksiyon varsa tedavi edilir. Allerji varsa tedavi edilir, antihistaminler verilir. Üç ay geçten effüzyonlu otitis media durumunda çoğulukla adenoidektomi ile beraber kulak zarlarına ventilasyon tüpü (VT) takılır. Ventilasyon tüpü çocuklara genel anestezi altında bir miringotomi (kulak zarına miringotom denilen aletle kesit yapma) yapıldıktan sonra tüp kulak zarına takılır.

**Akut Supuratif Otitis Media:** Akut, bakteriyel ve eksudatif orta kulak enfeksiyonudur. En sık rastlanan patojenler; pnömokok, hemofilus influenza, moraksella kataralis ve streptokokdur. Bu etkenlere yönelik antibiyotikler sistemik olarak verilir.

- **Tedavi ve Hemşirelik Bakımı**

  - Hemşire, işlem hakkında hastaya bilgi vermelidir.
  - Kulak zari bombeleşmişse parasentez yapılır. Parasentez kulak zarinin arka alta kadranına yeterli genişliktede bir insizyondan orta kulaktaki biriken sıvının atılmasıdır. Buna miringotomi de denir.
  - Parasentez, lokal veya genel anestezi ile yapılır.
  - Parasentez ile kulaktaki sıvı dışarı boşaltılır, sıvı aspiratörle veya steril bir gazlı bezle alınır ve kurulanır.
  - Asepsi antisepsi kurallarına uyulmalıdır.
  - Geniş spektrumlu antibiyotik, aneljezik ve sedatifler verilir. Ödem çözücü damlalar damlatılır.
  - Hasta yatak istirahatine alınır.
  - Hasta her gün pansuman yapılır ve hastanın bol sıvı almaması sağlanır. Akut otitis media iyi tedavi edilmemeze kronik süpüratif otitis media gelişebilir.

**Kronik Supuratif Otitis Media:** Orta kulak ve mastoiddeki 12 haftadan daha uzun süren bir enfeksiyöz hastalıklık birlikte kalıcı bir timpanik membran perforasyonunun olmasıdır. Genellikle aralıklı veya devamlı bir kulak akıntısı vardır.

Tedavide kulak mikroskop altında temizlenir, topikal kulak damlaları verilir. Sigara, allerji, septal deviasyon, kronik sinüzit, kronik tonsilit, kontrol edilemeyen diabet gibi altta yatan sebepler düzeltilir ve cerrahi tedavi uygulanır.
1.2.3. İç Kulak Hastalıkları

- **Labirentit**


*Tedavi ve Hemşirelik Bakımı:*

- Hasta yatak istirahatine alınır, hareket ettirilmeden yatırılır.
- Güvenliği sağlamak için karyola kenarlıkları kaldırılır.
- Hastanın günde en az 3000 ml sıvı alması sağlanır. Hemşire, sıvı alımı takip eder.
- Hastaya baş dönmesi ve kusmayı önlemeye yönelik ilaç verilir.
- Hastaya psikolojik destek olunarak rahatlatılır.
- Aileye destek olunur.

- **Menier Hastalığı (Endolensatik Hidrops)**


Erken evrede işitte korunurken tekrarlayan ataklarla kâlıcı işitte kaybı ve tinnitus (kulak çınlaması) oluşur. Nöbetler hâlinde gelmesi hastalığın karakteridir, her nöbetten sonra işitme biraz daha bozulur. Sıvı metabolizmasını bozukluğu, vücutta sodyum retansiyonu, histamine aşırı duyarlılık olur.

*Tedavi ve Hemşirelik Bakımı:*

- Hasta yatak istirahatine alınır.
- Karyola kenarlıkları kaldırılır, hasta yalnız bırakılmaz, hastaya başını hareket ettirmemesi söylenir.
- Hastaya psikolojik destek verilir.
- Hastanın tuz ve sıvı alımı kısıtlanır, günde 1,5 litrenden fazla sıvı almasa sağlanır. Hemşire sıvı alımı takibi yapar.
- Hasta sigara kullanırsa iç kulaka arteriolar spazma neden olduğu için yasaklanır. Hemşire hastayı bu konuda bilgilendirir.
- Antihistaminik, sedatif ve diüretikler verilir.
- Hastada varsa enfeksiyon odakları (tonsilit gibi) ortadan kaldırılır.
- Medikal tedavinin yetersiz kaldığı şiddetti durumlarda labirentekomi veya vestibulemörrectomi gibi cerrahi müdahaleler uygulanabilir.
- Cerrahi müdahale uygulandı ise buna yönelik hemşirelik bakımını verilir.
Travmalar


1.3. Burun ve Sinüs Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Burun ve sinüs cerrahi hastalıkları ve hemşirelik bakımına geçmeden önce burunun anotomisini hatırlama fayda vardır.


Burunun görevleri; solunuma yardımcı olmak, koku almak, burun boşluğundan geçen havayı ısıtmak, temizlemek ve nemlendirmek, sesin niteliğini (Hava ile dolu olan sinüsler, sesin niteliğini etkilemektedir.) ayarlamaktır.

1.3.1. Burun Travmaları

Yüz travmaları sonucu en fazla etkilenen bölge burundur. Nazal fraktürün tipini travmanın şiddeti ve yönü belirler. Şiddetli travmalarda septum da etkilenir.

Nazal travması olan hastalarda burun sırtında ödem, ekimoz ve epistaksis vardır. Epistaksis, büyük damarlarda açılma veya septumda mukozal yırtıklar yoksa genellikle ilk dakikalar içinde kesilir. Ödem ilk birkaç saat içinde başlar.


Septum Nazi Deviasyonu (Burun Orta Bölme Eğriliği)


- Burun solunumunun zor olması,
- Burun tıkanıklığı,
- Baş ağrısı,
- Horlama,
- Tekrarlayan sinüziter,
• Koku almada bozukluklardır.

**Tedavi:** Cerrahidir. 18 yaşını tamamlayan bireylere cerrahi müdahale yapılır. Rinoplasti yapılrsa burun alçıya alınır.

- **Konjenital Anomaliler**
  - Damak yarığı: Sert damak, sert ve yumuşak damak ve uvulayı içine alan komplet yarık şeklinde olabilir. Plastik yöntemler ile tedavi edilir.
  - Ön burun deliği stenoz ve atrezisi: Koanal atrezi (burunun doğumsal tıkanıklığı), burun ve nazofarenks arasında sağlayan posterior koanannın tek veya iki taraflı total obstrüksiyonudur. Koanal atrezinin tedavisi cerrahidir.

**1.3.2. Burun Kanaması (Epistaksis)**

Burun kanamasında vakaların %10’unda etiyoloji belli değilken geri kalanında ise birden fazla faktörün bir kombinasyonu olabilir. Bu faktörler önce lokal ve sistemik faktörler olarak iki büyük gruba ayrılır.

Lokal faktörler, burun normal fizyolojik mekanizmasını bozarak vasküler hasara ve sonuçta epistaksise neden olur.

- **Lokal Faktörler**
  - Epistaksisin en sık görülen sebebi travmadır.
  - Daha önceden geçirilmiş cerrahi müdahaleler
  - Uçuş ve dalışlara bağlı ani atmosfer değişiklikleri
  - Septal kret (çıktı) ve deviasyon nazal kavite içindeki olağan hava akımını bozar. Mukozada kuruluk ve ve kabuklanma görülür.
  - Çeşitli sebeplerden oluşan septal perforasyon epistaksisin bir diğer sebebidir.
  - Üst solunum yolu enfeksiyonları
  - İntranazal parazitler burun veya nazofarinkse yerleşip epistaksise neden olabilir.

- **Sistemik Faktörler**

Bu sebeplere bağlı epistaksis genelde tekrarlayıcı niteliktidir.

- Hipertansiyon ve arteriosklerozis yaşlı hastalarda epistaksise sebep olur.
- Kan ve damar hastalıkları (hemozitli, lösemi vb.)
- Aspirin ve NSAID kullanıma bağlı trombosit disfonksiyonlarında da trombosit agregasyonu bozulur, epistaksise eğilim olur.
- Karaciğer yetmezliği ve K vitamin yetmezliklerine bağlı epistaksis görülebilir.
Kızamık, kızıl, tifo gibi ateşli hastalıklar sırasında epistaksis gelişebilir.
Alkol kullanımı, koagulasyon faktör yapımu eksikliği, kemik iliği supresyonu, trombosit inhibisyonu antikoagülan kullananlarda ve vitamin eksikliğinde (K ve C) kanama-pıhtılaşma sistemine indirekt etkileri ile epistaksise eğilim artar.

Tedavi ve Hemşirelik Bakımı:

- Epistaksisle başvuran hastaların kanama durumları anlık olarak yanıltıcı olabilir. Hiçbir epistaksis hafife alınmamalı ve tam bir değerlendirme altına alınmalıdır.
- Hemşire hastayı konuşmaz ancak yapılacak işler hakkında kendisi bilgi verir.
- Hastanın yanında böbrek küvet, kâğıt mendil bulundurulmalıdır çünkü yutulan kan bulanı ve kusmaya neden olur.
- Hemşire, hastanın gerekirse giysilerini değiştirmesi, elini, yüzünü yıkamasına yardımcı olur.
- Hastaya psikolojik destek olur.
- Anamnez, hastanın durumu uygun olduğunda ya da yakınlarından alınır.
- Kanama burun ucuna yakın bir yerde ve hafifse burun bir mendille kavranarak burun köküne 5-10 dakika bası yapılır.
- Yüze, alına veya enseye buz uygulaması yararlıdır.
- Burun içerisinde %1’lik adrenalin solüsyonuna batırılmış bir gazlı bez konulabilir.
- Tekrarlayan kanamalar ve engel olmak için ise bulunan ortamın nemlendirilmesi, buruna tuzlu su spreyi uygulanması, ikinnadan kaçınılmaması, hapşırırken ağzın açık tutulması, burun karıştırma alışkanlığından vazgeçilmesi gerekir.
- Koterize edilen bölgenin üzerine iyileşme olana kadar antibiotikli pomatlı pansuman uygulanması gerekir.
- Bütün bu yöntemlerle durdurulamayan epistaksislerde burun tamponlamasına başvurulur.
- Kanama durumında burun ön tamponu yapılabilir. Ön tampon 25-30 cm uzunluğunda, kendi üstüne katlanmış, 2 cm genişliğinde steril vazelinin gaz bezinin arkadan öne doğru konularak burun kavitesinin doldurulması ile gerçekleştirilir. Öncesi buruna toplikal anestezi uygulanır.
• Kanama arka tarafta ise ve ön tamponla durdurulamıyorsa doktor tarafından burun arka tamponu konulur ve en az 72 saat konulduğu bölgede tutulur.
• Burun içine uyum gösteren şişebilen balonlar (pnömatik tampon) da kullanılabilir.
• Hemşire, hastaya eğitim vermelidir. Hastayı burnunu kuvvetle silmemesi, travmalara karşı dikkatli olması ve kuru hava ortamından kaçinnması konusunda uyarmalıdır.

1.3. Sinüzit

Sinüsler mukoz membranla örtülü iç hava dolu boşluklardır. Sinüzit, mukoz membranlarının iltihaplanmasıdır.

Sinüzit tedavisinin amacı;

- Enfeksiyonun kontrol altına alınması,
- Doku ödeminin azaltılması,
- Drenajın sağlanması,
- Sinüs ostiumunun (deliği) açıklığının sağlanması,
- Hastalık süresinin azaltılması,
- Komplikasyonların önlenmesidir.

1.3.3. Akut Sinüzitler

Bir veya birden fazla sinüsün iltihaplanmasıdır. Etken daha çok pnömokok, streptokok ve stafilokoklardır. Nezle ve gribe bağlı oluşabilir.

- Belirti ve Bulgular
  - Ağrı (iltihaplı sinüs üzerinde sızmama, zonklama şeklinde)
  - Etkilenen sinüs üzerine basınç uygulanması ya da üzerine vurulması ile siklikla ağrı belli noktalarda hissedilir (Örneğin, maksiller sinüzitte yanak üstü, frontal sinüzitte alında ve etmoid sinüzitte burunun göze komşu olan tarafında, tipik ağrılara neden olması vb.),
  - Buruna ve nazofarenkse doğru akıntı vardır, mide bulantısı olabilir.
  - Koku alma duyusu azaltır.
  - Ateş ve hâlsizlik, çocuklarda sinüs üzerindeki yumuşak dokularda önlem
  - Maksiller ve frontal sinüs infeksiyonlarında, gerginlik hissi

- Tanı
  - Sinüzit belirtileri görüldüğünde rinoskopi yapılırak muayene edilir.
  - Radyolojik muayene sinüslerin kapalı olduğu görülür.
  - Akıntıdan kültür alınır.
Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

- Hastanın istirahat etmesi sağlanır.
- Hemşire hastanın bol sivi almasını sağlar.
- Antibiyotik ve analjezik verilir. Hemşire, ilaçların zamanında alınmasını sağlar.
- Lokal sıcak uygulama yapılır.
- Burundaki ödemi azaltacak damlalar, mukolitikler antihistaminikler verilir.
- Hemşire, ilaçların etkileri ve kullanımları konusunda hastayı bilgilendirmelidir.
- Hastaya destek olunmalıdır.

1.3.3.2. Kronik Sinüzit


Hastaya antibiyotik ve drenaj sağlayan burun damlaları verilir.

Hastaya fizik tedavi ve cerrahi tedavi yapılabilir. Ameliyattan önce hasta 6-8 saat açık bırakılır, ameliyat öncesi sedatif verilir.

Hemşire, hastaya postoperatif bakımından ilgili bilgi vermelidir.

Ameliyattan sonra hemşirelik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- Yaşam bulguları takip edilir. Hasta yan yatırılır, bilinç yerine geldiğinde hayati bulgular normal olduğunda semifowler pozisyon verilir.
- Yatağa yakın bir yerde böbrek küvet, kâğıt peçete, su bulundurulmalıdır.
- Hemşire gerektiğinde hastaya ağız bakımı verir.
- Hemşire hastaya salgılarını yutmaması, çıkarması gerektiği konusunda bilgi vermelidir.
- Ağrı ve ekimözu önlemek için işlem bölgesine hemşire soğuk uygulama yapar.
- Hemşire, hasta ve ailesine destek verir.

1.3.4. Burun, Sinüs, Nazofarinks Tümörleri

Burun ve paranazal sinüs tümörleri oldukça nadir görülen tümörlerdir. Burun ve paranazal sinüs tümörleri olan hastalar genellikle hastalığın ileri evrelerinde teşhis edilmekteidir çünkü paranazal sinüs tümörlerinin erken evrelerdeki bulguları kronik sinüziti taklit etmektedir.
Radyolojik tetkiklerden BT bile bu bölgedeki oluşumların neoplastik veya inflamatuvar olduğu konusunda fazla bilgi vermemektedir. Bu nedenle mutat antibiyotik ve dekonjestan tedaviye cevap vermeyen şüpheli lezyonlarda biyopsi alma konusunda tereddüt edilmemelidir.

Tanı: Radyografi ile tanı konur. Gerekirse biyopsi yapılabilir.

- Burun, Sinüs, Nazofarinks Tümörlerinde Hemşirelik Bakımı
  - Ameliyattan önce ve ameliyattan sonra hemşirelik bakımı uygulanır.
  - Hasta ve ailesine destek olunur.
  - Hastaya dikkat etmesi gereken konular hakkında eğitim verilir.

1.4. Boğazın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Cerrahide bakım veren hemşire, yutak ve gırtlağın anatominik yapısını genel olarak bilmediği ve hemşirelik bakım planını hazırlarken bilgi yönünden alt yapısını temelde sağlamaması gerekir.

- Yutak (Pharynx, Farenks)
  
Yutak solunum ve sindirim sisteminde görevli bir organdır. Yutak; burun ve ağız boşluğunun arkasında, yemek borusunun (özofagus) ve gırtlağın (larynx) üstünde bulunmaktadır. Yaklaşık 12–14 cm uzunluğunda, kas ve zarlardan yapımıdır.

![Pharynx](image)

Resim 1.6: Farenksin yapısı

- Farenksin Bölümleri

Farenks, burun bölümü (nasopharynx), ağız bölümü (oropharynx), gırtlak bölümü (laryngopharynx) olmak üzere üç bölümden oluşur.
- **Farenksin Görevleri**
  - Yutak, östaki borusu aracılığı ile orta kulağın havalanmasını sağlayarak işitmeye yardım eder.
  - Tonsillaların bu bölgede olması nedeniyle vücudun savunmasına da rol oynar.
  - Dışarıdan alınan havanın alt solunum organlarına iletilmesini sağlar.

  ➢ **Gırtlak (Larynx)**


- **Larynxin Görevleri**
  - Solunum yolu açık tutmak
  - Öksürük refleksi ile alt solunum yollarını koruyup temizlemek (Yabancı maddelerin gırtlağa kaçmasını öksürük refleks ile engeller.)
  - Larynx sesin oluşumunu sağlar. Sesin oluşumunda dudaklar, dil, yumuşak damak, farenks, göğus boşluğu, ağız boşluğu, burun boşluğu ve paranasal sinüsler rol oynar.

1.4.1. **Tonsilit**

Orofarenkte tonsiller, fossada yer alan badem şeklindeki lenfoid dokulardır. Bu dokuların inflamasyonuna tonsillit denir.

**Akut folliküler tonsilit**, tonsillerin genellikle streptokoklar tarafından oluşturulan akut inflamasyonudur. Beden direnci düşmüş bireylerde ve daha sık olarak çocuklarda görülür.

➢ **Akut tonsilitin belirtileri şunlardır:**
  - Boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü görülür.
  - Baş ağrısı, kırıklık, eklem ağrılıları gibi sistemik yakınmalar olabilir.
  - Çocuklarda karın ağrısı, kusma, febril konvülksiyonlar görülebilir.
  - Boyunda, ağrılı lenfadenopatiler vardır.
  - Çocuklarda hafif bir boğaz ağrısı, subfebril ateş, iştahta azalma ve laterji görülebilir.

Laboratuvar incelemelerinde lökositoz olabilir. Gram boyamalar bakteriyel tonsilit için yararlı olabilir.

Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

**Kronik Rekürren Tonsilit;** Kronik tonsilit tekrarlayan akut veya subklinik enfeksiyondan sonra tonsillerin kronik enflamasyon göstermesidir.

Kronik tonsilitler 6-15 yaşları arasında sık olmakla beraber her yaşta görülebilir. Hastalar çoğunlukla tekrarlayan boğaz ağrılardan yakınlardır. Ateş atakları, eklem ağrılari ve kırlık gibi sistemik yanıklar disfaji, ağız kokusu, ağrısında tut örtü ile hissi, çene altında şişlik yakınmaları olabilir.


Kronik tonsilitin kesin tedavisi, endikasyonu varsa tonsillektomidir. Ancak akut ataklar sırasında etkenin bakteriyel olduğu düşündüyorsa antibiyotik tedavisi verilir. İlk tercih edilecek antibiyotik penisilin grubu ilaçlardır. Beta laktamaz aktivitesi olan bir etken izole edilirse o zaman amoksisin+klavulanik asit, ikinci kuşak sefalosporinler, klindamisin tercih edilmelidir.

- **Tonsillektomi Endikasyonları**
  - Büyük tonsil nedeniyle boğazda tıkanma
  - Kronik ve tekrarlayıcı tonsilit
  - Yılda üç defadan fazla tekrarlayan kriptik tonsilit

- **Tonsillektomi Yapılan Hastada Hemşirelik Bakımı**
  - Genel anestezi ile yapılan tonsillektomide hasta anestezinin etkisinden çıkana kadar yüzüstü ve baş yanda yatılır.
  - Ameliyat sonrası uyumuna uygun şekilde yarı oturur pozisyonunda (baş 45° yukarıda olacak şekilde yarım otur pozisyon) yatırılır.
  - Hastanın yaşam bulguları uygun sıklıkta takip edilir.
  - Hastada sık yutkunma, kanlı kusma, kan basıncında azalma, hızlı nabız gibi kanamaya yönelik belirti ve bulgular izlenir.
  - Konuşma, boğazını temizleme ve öksürme gibi hareketleri yapmaması konusunda hasta bilgilendirilir.
  - Vazokonstrüksiyonu sağlayarak kanamayı durdurmak için boğaza buz uygulaması yapılır.
  - Hastanın ağırsını azaltmak için doktor istemine göre analjeziklerden yararlanmalı ancak pıhtılaşmayı etkilemeyeceği için aspirin verilmemelidir.
  - Hastaya acı, sıkış, asitli, sert yiyecekler ve içecekler verilmemelidir.
- Hemşire, taburculuk öncesi dönemde hastaya veya yakınına eğitim yapmalıdır. Eğitimin içeriği aşağıda açıklanmıştır:
  - Boğaz ağrısı olursa aspirin dışındaki ağrı kesiciler kullanılmalı ve boğaza buz uygulaması yapılmalıdır.
  - Ameliyattan sonraki 1-2 hafta kuvvetli öksürükten, hapşırıktan ve hızlı burun temizliğinden kaçınılmalıdır.
  - Boğaz sert harekelerle çalkalanmamalı ve temizlenmeye çalışılmalıdır.
  - İlk 24-48 saatten sonra 38°nin üzerine çıkan ateş varsa doktora başvurulmalıdır.
  - Ameliyat bittikten 4-6 saat sonra суlu gıdalara başlanmalı, bol sıvı almalı, 3. günden itibaren sıvıların yanı sıra yumuşak gıdalara başlanmalı, 8. günden itibaren çok sert olmamak üzere normal diyete geçilmelidir.
  - Reçete edilen ilaçlar düzenli bir şekilde kullanılmalıdır.
  - Ameliyat sırasında kanın yutulması nedeniyle ameliyatdan sonra bulantı gelişebilir. Bu dönemde bol sıvı ve gereksiz antiemetikler verilebilir.
  - Hasta ameliyat sonrası 2-3 hafta zorlayıcı egzersizlerden kaçınmalı ve dinlenmelidir.
  - Ameliyattan sonra 3.gende sıcak olmamak kaydıyla banyo yapılabilir.

1.4.2. Tümörler

Baş ve boyun kanserleri aşağıda sınıflandırılmıştır:

- Paranazal sinus kanserleri
- Nazofarenks kanserleri
- Major ve minör tükürtük bezi kanserleri
- Oral kavite kanserleri
- Orofarenks kanserleri
- Hipofarenks kanserleri
- Larenks kanserleri
- Tiroid kanserleri
- Baş ve boyunun non epitelyal kanserleri
- Metastatik baş ve boyun kanserleri

1.4.2.1. Gürtlak (Larynx) Kanserleri

Larinkste, bening tümörleri nadir görülür. Gerçek bening tümörlerin nonneoplastik tümörlerden (polip, nodül, granülom, skar) ayrı ayrı edilmesi gerekir.

Larinksin en sık görülen maling tümörü sguamöz hücreli karsinomdur. Diğerleri çok nadir görülür.


Larink kanserleri için risk faktörleri arasında sigara, tütün, alkol, mesleki faktörler, radyasyon sayılabılır. Tütün kullanımıyla larink kanseri arasında yakın ilişki vardır.

Asbest ile uğraşanlar, nikel çalışanları, çiftçiler, makinistler, larinks kanser yönünden daha fazla risk taşımaktadır.

- **Semptomlar**
  - Uzun süren ses kısıklığı (boğuk ses)
  - Hava yolunda daralma
  - Boğazda gıcıklama
  - Yutma güçlüğü
  - Ağrı yutma
  - Boyunda dolgunluk
  - Kulağa vuran ağrı
  - Boyunda kitle hissedilmesi
  - Kilo kaybı

- **Tanı:** Larengoskopi ile biyopsi tanıda esasın. Ayrıca CT ve tomografi gibi tanı yöntemlerinden de yararlanılır.

- **Tedavi**
  - Larinks kanserinin tedavisinde günümüzde cerrahi ve radyoterapi olmak üzere geçerli iki ana tedavi yöntemi mevcuttur.
  - Kür amaçlı primer tedavi olarak uygulanan radyoterapi başarısız olduğunda kurtarma tedavisinin cerrahiye başvurulmasıダイラグとする。

**Trakeotomi Açılması ve Postoparetif Bakımı:** Larinkteki kitle solunumu daralduğundan ve ameliyattan sonra larinkte oluşacak ödemi solunumu bozabileceğinden ameliyat öncesi trakeotomi açılmalıdır. Hastalar trakeotomi tüpünden entübe edilirler.

Trakeotomi açıldıktan sonra özellikle üzerinde durulması gereken konular şunlardır:
- Trakeal iritasyonundan dolayı özellikle ilk 24 saatte trakea bronşial sekresyon artar. Aspirasyon steril yumuşak kataterle yapılmalıdır.

**Yara Yerinin Bakımı:** Ameliyattan sonra pansuman her gün açılıp antiseptik solüsyonlarla temizlenmelere ve baskı uygulanıp biriken sekresyon boşaltılmalıdır.


**Isı ve Nem Ayarlanması:** Trakeotomi açıldığından sonra burun fonksiyonu ortadan kalktığı için ortam havasının nemi ve ısısı uygun hâle getirilmelidir. Isı 25 Cº, nem %90 civarında olmalıdır. Bunun yetersiz olması solunum yollarında sekresyon kurumasına ve enfeksiyonlara sebep olabilir. Nem için nebuliztörler kullanılabilir, kanül ağzına nemli bez konabilir.

**Kanül Değiştirilmesi:** Hastanın dış kanülü ilk 2-3 gün çıkarılamaz. Bu süre içerisinde bir traktür oluşur ve kanül değişimi daha rahat olur. İç kanül ise 2-3 saatte bir çıkarılmış temizlenmelidir.

**Hasta Odasının Hazırlanması:** Hasta ameliyattan gelmeden bir süre önce odası havalandırılır. Yatağı temiz takımlarla yapılır, yatak başı 45º kaldırılır ve yatağa 3-4 tane yastık konulur. Etejerine 2 tane yıkama serumu, plastik ve steril aspiratör uçları konulabilir ve buhar makinesi kontrol edilir ve hazırlanır.

➢ **Larinks Cerrahisinde Pastoreratif Bakım ve Vital Bulguların Takibi**

• Ameliyattan sonraki anestezi çıkış zamanı çok önemlidir. Hasta bu dönemde sıkı takip altında olmalıdır. İlk 3 saat hasta her 15 dakikada bir ateş, nabiz ve tansiyon yönünden takip edilmelidir.
• Bu dönemde görülebilecek tansiyon düşmesi ve taşıkardi kan kaybına ya da narkotik ilaçla ilgili olabilir.
• Ateş; atelektazi ve akciğer, idrar yolları, yara enfeksiyonu veya venöz tramboza bağlı olabilir.
• Solunum sayısı da operasyondan sonra gelişebilecek bir solunum yetmezliği açısından önemlidir. İlk 3 saat bulguları normal olan bir hastada takip sikliği doktor istemine göre saatte bir düşürülebilir.
Hastanın Beslenmesi

- Hastaya ameliyat sırasında nazogasrtrik sonda takılır. İlk 3 gün hasta gastrointestinal sistem kullanılmadan parenteral olarak beslenir. Bu dönemde hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı iyi hesaplanarak verilecek mayı belirlenir.
- Hastanın çıkardığı sıvıyı hesaplayabilmek için idrar sondası takılarak idrar miktarı ölçülen. Buna terleme, solunum yoluya kaybedilen ve fark edilmeyen su kaybı olarak ortalamada 500 ml/gün eklenir. Hastanın ateşi varsa bu değer 100 ml artar.
- Total larenjektomili hastalarda 10 günden itibaren oral besleme yapılabilir.
- Hasta oral yiyebiliyorsa nazogastrik sonda çıkarılır.

Larenjektomi Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımı

- Larenjektomi Öncesi Hazırlık ve Hasta Eğitimi

Larenjektomi, hastanın fiziksel görünümünü, normal konuşma ve solunumu etkileyecek bir girişimdir. Bu nedenle ameliyat öncesi hazırlık ve bakımda önemli noktaları şu şekilde ayıralabiliriz:


- Cerrahi İşlem ve Ameliyat Sonrası Konusunda Bilgilendirme

Öncellikle hastanın doktoru ile planlanan cerrahi girişim konusunda görüşülür. Ardından hastaya ameliyat sonrası problemler, beklenmeler, gereksinimler ve reabilitasyon süreci hakkında yeterli açıklama yapılır. Total larenjektomii yapılacak hastaya bundan sonra solununun boşazındaki açıklıktan olacağı ve konuşamayacağını nedenleriyle açıklanmalı, trakeostomi/larenjektomi tüpü gösterilmeli ve stoma bakımı öğretilmelidir. Reabilitasyon programına hastanın durumuna göre ameliyat öncesi dönemde başlanacaksız solunum terapisti ile görüşmesi sağlanır.
**Ameliyat Sonrası Bakım**

Hava yolu açıklığı ve solunum sağlanmalıdır. Glottis çıkarıldığı için hastanın öksürmesi ve derin soluk alması bozulur. Bu nedenle işlemlerde dikkatli olmak, gereklikçe larenjektomi tüpünden aspirasyon edilmeli ancak dikiş bölgesi açık olabileceğinden derin aspirasyondan kaçınılmalıdır. Sekresyonu inceltmek ve kolay çıkartılmalı, radikal boyun diseksiyonu yapılmışsa solunumu engellemek için sıkı pansuman ve sargılardan kaçınılmalıdır.

Solunumu rahatlatmak, sekresyon drenajını sağlamak, dikiş gerginliğini önlemek ve ödemi azaltmak için başı yükseltmeli; mümkünse yarı-oturur pozisyon verilmelidir.

Glottisin çıkarılması nedeniyle valsala manevra kullanılamayacağından hastanın defekasyonu zorlaşır.

**İletişimin Sağlanması**


Hasta, iletişimi kurmayı başaramadığı, anlaşlamadığı zaman öfke ve kızgınlık duyabilir. O nedenle sakin olmaya çalışmalı, hastaya zaman ayrılmalı, hastanın söylemek istediği, dinleyen tarafından tekrarlanarak anlaşılıp anlaşılamadığı açığa çıkmalıdır.

** Ağrı ve Rahatsızlığın Giderilmesi**

Hasta, ameliyat bölgesinde ağrı ve ödemenin yakınır. Ağrı analijeziklerle giderilecekse solunum depresyonu açısına narkotik analijeziklerden kaçınılmalıdır. Dikiş gerginliğine bağlı ağrı ve rahatsızlığın giderilmesi için hastaya uygun pozisyon sık aralıqla değiştirilmeli, hastanın pozisyonu değiştirilirken başı iki el ile desteklenmelidir. Özellikle radikal boyun diseksiyonundan sonra boyun kasları kesildiği için hastanın başını kontrol etmek zordur, o taraf omuz aşağı düşer ve başını dik tutamaz.

Hastaya eliyle başını desteklemesi gösterilmeli ve uygun egzersizlerle kayıp kasların fonksiyonları diğer kaslara yüklenmeye çalışılmalıdır.

Fleplerin ve yaranın iyileşmesini sağlamak için ameliyat bölgesindeki sivıların çekilmesi amacıyla ameliyat bölgesinde dren yerleştirilir.
- **Larenjektomi Sonrasında Hastanın Komplikasyonlara Yönelik Hasta Eğitimi**


- **Özofagial Konuşma (Rektus Sesi)**

  Her birey özofagial konuşmayı öğrenebilir ya da konuşma terapisi aylarca sürebilir. Bu durumda yapay larenks ve trakeaözofagial şant (ses protezi) gibi alternatif ses kaynaklarında yararlanılır.


- **Trakeaözofagial Şant (Ses Protezi)**


1.4.2.2. Nazofarenks Kanserleri

  Nazofarenks kanseri etiyolojisinde üç faktör rol oynar. Bunlar; EBV (Epstein-Barr Virus), genetik yatıklık ve çevresel faktörlerdir. Tuzlanmış balık tüketimi, dimetilnitrozamin, muhtemel vitamin eksiklikler, sigara, endüstriyel tozlar, formaldehit etkili çevresel ajanlardır.

  Primer hastalığın değerlendirilmesi: Hastalar ekseriyetle büyümuş lenf nodları nedeniyle başvururlar. Muayenede nasal kavite tutulma olup olmadığını saptamak için burunda tıkanıklık veya akıntı mevcudiyeti araştırılır, farenks ve larenks lokal tümör veya kranyal sinir tutulumu için değerlendirilir ve kulaklar muayene edilir.

  ➢ **Nazofarenks Karsinomlarında Tedavi**

  Nazofarenks kanserlerinde retrofarengeal lenfatiklere yayılım söz konusu olduğunda cerrahi tedavi mümkün olmaz. Bu nedenle radyoterapi en seçkin tedavi şeklidir.
Primer tedavisi radyoterapidir. Radyoterapi primer tümöre ve boyuna uygulanır.

Cerrahinin nazofarenks kanserindeki yeri sınırlıdır. Radyoterapinin primer tümörü temizlediği ancak yetersiz kaldıği durumlarda radikal boyun disseksiyonu yapılabilir.

Nazofarenkste olduğu gibi orofarenks ve hipofarenks kanserlerinde de tedavi radyoterapidir.
Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi DKY’de (diş kulak yolu) timpanik membrande bülleverle karakterize viral bir infeksiyondur?
   A. Akut otitis eksterna
   B. Kronik otitis eksterna
   C. Büllöz mirinjit
   D. Otomikozis
   E. Buşon

2. Aşağıdakilerden hangisi myringitis’i açıklar?
   A. Kulak zari perforasyomu
   B. Kulak zari iltihabı
   C. Orta kulak iltihabı
   D. Effüzyonlu otitis media
   E. İç kulak inflamasyonu

3. Aşağıdakilerden hangisi epistaksisis’i tanımlar?
   A. Kulak kanaması
   B. Boğazda görülen tümör
   C. Mukoz membranların iltihaplanması
   D. Burun kanaması
   E. Burun tümörü

4. Aşağıdakilerden hangisinde orta kulakta iltihapsız sıvı birikimi görülür?
   A. Efüzyonlu otitis media
   B. Akut supuratif otitis media
   C. Kronik supuratif otitis media
   D. Labirentit
   E. Menier hastalığı

5. Kronik tonsilitin kesin tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?
   A. Antibiyotik
   B. Tonsillektomi
   C. Soğuk uygulama
   D. Analjezik
   E. Sıcak uygulama

DEĞERLENDİRME

ÖĞRENME FAALİYETİ–2

AMAÇ

Göz hastalıkları cerrahisinde hemşirelik bakımı yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

Göz hastalıkları cerrahisinde ne tür ameliyatların yapıldığını araştırınız. Elde ettiği bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

Göz hastalıklarında kullanılan tanı yöntemlerinin neler olduğunu araştırarak sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

Kırma kusurlarının nasıl oluştuğunu araştırarak sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. GÖZ HASTALIKLARI CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI


Resim 2.1: Gözün tabakaları
Göz Küresi (Bulbus Oculi)


Görme Olayı


2.1. Göz Hastalıklarında Kullanılan Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Sorumlulukları

Hastanın anamnezi: Hastanın yaş, mesleği, herhangi bir maddeye alerjisi olup olmadığı, ailede göz hastasının olup olmadığını (şallows, tümör, miyop, glokom vb.), görmeye ilgi ilgili şikayetlerinin (görme bozukluğu, göz çevresinde ağrı, göz kuruluşu, sularması gibi) varlığı, gözde ilişki şikayetleri, hastada diyabet, tiroiti gibi hastalıklar gibilerin bulunup bulunmadığı araştırılır ve gözdeki şikayetle ilişkili var mı dikkat edilir. Travma geçirenlerde travmanın nasıla, ne zaman olduğu ve ne tür bir ilk yardım yapıldığı öğrenilir.

görülebilir ve bu gibi durumlarda öncelike fizik muayene yapılır. Pupillalarda değişiklik varsa göz muayenesi sırasında ortaya çıkar.

- Göziçi basıncı ölçümü (tonometri) yapılır.
- Laboratuvar bulguları: Doktor istemine göre konjunktivadan kültür alınır.
- Klinik elektrofizyolojik testler, görme yollarını bir bütün olarak değerlendirmemizi sağlayan oftalmolojide ve nörooftalmolojide önemli yere sahip olan testlerdir.
- Fundus flörese anjiyografi (Retina kan akımının incelenmesi için geliştirilen retina hastalıklarının tanımsında ve takibinde önemli bir tanı yöntemidir.).

**Kornea muayene yöntemleri aşağıda sıralanmıştır:**

**Biomikroskopi:** Kornea muayenesinde rutin uygulanan bir yöntemdir. Aynı anda aydınlatma ve büyütme özelliği vardır. Kornea tabakaları ve gözyaşı ayrıntılı incelenir.

**Keratometri:** Korneanın yarıçapının saptanmasında kullanılır.

**Keratoskopi:** Özellikle keratoplasti ve korneanın refraktiv cerrahisinin planlanmasında kullanılır.

**Pakimetri:** Kornea kalınlığının belirlenmesinde kullanılır.

**Speküler mikroskopi:** Katarakt ve kornea cerrahisi için kullanılır.

**Estesiyometri:** Kornea duyarlığının ölçümünde kullanılır.

### 2.2. Gözün Cerrahi Hastalıklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

![Resim 2.2: Gözün tabakaları](image.png)

- **Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Hemşirelik Bakımı**
  - Hasta ile etkili iletişim kurulmalı, varsa hastanın endişeleri gidermelidir.
  - Hastaya ameliyatı hakkında gerekli bilgiler verilmelidir.
  - ANT-TA takibi yapılmalı, varsa anormal durumda doktora haber verilmelidir.
Hasta, ameliyat için hastaneye yatırıldığında genel durumu ve ameliyata karşı tepkisi izlenir.

Ameliyat gününden önceki gece hastanın dinlenmesi için doktor istemine göre sedatif verilebilir.

Ameliyat sonrasında olması bir infeksiyon tehlikesini önlemek amacıyla doktor istemine göre göze antibiotik uygulanabilir.

Hemşire, aseptik kurallara uymaya özen göstermelidir.

Ameliyat öncesindeki hazırlıkta baş ve yüz yıkanabilir, erkek hastaların traş olması sağlanır.

Hemşire hastaya psikolojik destek verir.

Hemşire hastaya kirpiklerinin kesilmesi gerektiğini daha önceden anlatmalıdır.

Göz serum fizyolojik ile yıkanır. Kirpiklerin kesileceği makasa uygun yağlı bir pomad sürülerek kesilen kirpiklerin göze düşmesi önlenir. Düz, keskin, ince bir makas olması komşuların için yatay tutularak kirpikler kesilir.

Hastanın yaş özellikleri dikkate alınarak kirpiklerinin tekrar uzayacağı açıklanır.

Ameliyattan önceki geceden itibaren hastanın ağ kalması sağlanır.

Doktor istemine göre uygulanır damlalar göze damlatılır ve göz steril spançla kapatılır.

Ameliyata gitmeden önce hastanın saçları toplanır. Hastaya bone takılır, gömlek giydirilir.

Genel anestezi yapılacaksa hastanın takma dişleri çıkartılır.

Lokal anestezi uygulanacak durumlarda hastaya başını oynatması konusunda eğitim verilir.

Hemşire, hastaya psikolojik destek verir ve premedikasyon yaparak ameliyathaneye gönderilir.

Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Hemşirelik Bakımı

Hastanın sırtüstü veya ameliyat uygulanmayan tarafta yatması sağlanır, başının altına ise bir yastık konulabilir.

ANT-TA takibi yapılır ve ağrı, bulantu, lokal veya genel anestezi türü kaydedilir.

Hastanın damar yolu kontrol edilir ve tedavi doktor istemine göre zamanında uygulanır.

Hemşire, hastanın ani hareketlerden kaçınmasını gerektiğini daha önceden açıklamalıdır.

Göz içi basncı artıracağı için hasta öksürmemeli, kusmamalı ve içmemalıdır. Bunların önlenmesi için önceden tedbir alınmalıdır.

Hasta kabız olmaması, el temizliği ve istirahat etmesi gerektiğini konusunda eğitilmelidir.

Hasta ameliyattan gelince hastanın yatak kenarlıkları kaldırılmalıdır.
Hemşire, hastayla iletişime dikkat etmeli. Hastanın görüş alanının kısıtlı olduğunu bakım verirken ve iletişim kurarken göz önüne almalıdır. Aseptik kurallara dikkat edilmelidir.

2.3. Göz Kapak Hastalıkları

- Blefarit


Resim 2.3: Blefarit

Blefarit hastağının, anatomik ve klinik özellikleri açısından ön ve arka blefarit olarak ikiye ayrılır. Ön blefaritte göz kapağının özellikle dış kenarı, kirpik dipleri etkilenir. Ön blefarit, bakterilerin aşırı miktarında çoğalmasına veya derinin yağlı, kepekli olmasına bağlıdır. Arka blefarit ise kapağın göze değen arka kısmını etkiler.


Özellikle yaşlılarda kirpiklerde içe dönme, göze batma ve dökülme gibi sorunlar gelişebilir.
Göz kapağı kenarlarının düzenli temizlenmesi ve bakımı tedavinin temelidir. Hastalar göz kapağı bakımını uzun süre uygulamalıdır.

Seboreik blefaritte ülser bulunmaz, dökülen kirpikler tekrar çıkar. Tedavide sabah akşam göz kapıları ılık su ve pamukla içeren dışarı doğru temizlenip doktor istemine uygun antiseptik merhem sürülür. Antibiyotikli göz merhemleri veya damlaları günde birkaç defa göze uygulanmalıdır.

Ülseröz blefaritte kirpik kökleri kısmen bozularak dökülür ve yeniden çıkar veya farklı yönde çıkarak konjunktiva ve korneaya sürtünüp iritasyona sebep olabilir.

- **Pitozis**

![Resim 2.4: Pitozisli göz](image)


- **Blefarospazm (Göz Kapağı Spazmi)**


- **Şalazyon (Chalazion)**


- **Arpacik (Hordeolum)**

Göz kapaklarında ileri derecede kırmızılık, ağrı ve şişlik ile karekterize bir apsedir. İlgili bezlerin lümeninde çarşafat oluşmuştur. Etkeni stafilakokus aureustur.
2.4. Gözyaşı Sistem Hastalıkları

- Gözyaşının Hiposekresyonu (Kuru Göz Sendromu)

Gözyaşın hiposekresyonu, gözlerde kurulık (Schirmer testi ile tespit edilir), gözde yanma, ağrı ve kaşıntı oluşturur. Gözyaşın yetersizliği veya aşırı buharlaşmaya bağlı olarak gelişen, interpalpebral oküler yüzeyinde hasara ve oküler rahatsızlık semptomlarına neden olan gözyaşı film bozukluğu olarak tanımlanır.


Sjögren sendromu genel olarak hayatı tehdit eden bir hastalık değildir. Ancak ağzı ve gözdeki kuruluk uzun süreli olur ve hayatın geri kalan kısmı boyunca devam edebilir. Yapay nemlendiricilerin kullanılması ve diş hijyenine dikkat edilmesi ile genellikle ciddi problemlerin engellenmesi mümkün olacaktır.

Semptomlar hafif ve orta dereceli olgularda, yanma, batma ve kuruluk hissinden (kseroftalmi) ibarettir. İlerlemiş dönemlerde ise bu semptomlara görme bozuklukları da eklenebilir. Korneada epitel erozyonları, ülserler, keratinizasyon gibi yapısal değişiklikler saptanabilir.

- **Gözyaşının Hiperekseyonu**


- **Dakriyosistitler**

Göz yaşını kesesi ve nazolakrimal kanalın inflamasyonudur. Nazolakrimal kanalın tıkanmasıyla ortaya çıkar.

Akut dakriyosistitlerde göz yaşını kesesi bölgesinde, şişlik, ağrı ve hassasiyet vardır. Tedavide sıcak ıslak kompres uygulanır. Sistemik veya lokal antibiyotik verilir.

Kronik dakriyosistitlerde genellikle gözün yaşaması tek bulgudur. Kanalikülitler kronik bir hastalık olduğu için genellikle tıbbi tedavi yetersizdir, cerrahi tedavi (Dakriyosistorinostomi: Gözyaşı kanalının tıkalı olduğu durumlarda uygulanır, kesenin burun boşluğuna diranajını sağlayan ameliyat) uygulanır.

### 2.5. Konjonktiva Hastalıkları

- **Konjonktivitler**


- **Nedenleri:**
  - Mekanik ve şimik sebepler, yabancı cisim, toz, duman, güneş yanığı, sıcak, rüzgar, kapak anomalileri, aşırı yorgunluk
  - Alerji, ilaçlarla karşı aşırı duyarlılık, bahar nezlesi, yaşlıarda yeterince göz yaşını salgısının olmayışı
  - Bakteriyel, viral ve klamidyal infeksiyonlar
Konjonktivitleri genel olarak dört ana grupta toplamak mümkündür:

1. Enfeksiyöz konjonktivitler: Bakteriyel (%70), viral, klamidyal
2. Alerjik konjonktivitler
3. Otoimmün konjonktivitler
4. Kimyasal konjonktivitler

Konjonktivitte genel tedavi ve hemşirelik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilir:

- Hastaya tedavi konusunda bilgi verilir.
- Hastalığın nedenine göre tedavi esasılır.
- Antibakteriel ilaçlar lokal ve sistemik olarak kullanılabilir.
- İnfeksiyöz konjonktivitlerde gözün bakterilere karşı direncini azaltacağı için kortikosteroidler verilmez.
- Sıcak kompresler, göz damlaları, göz irigasyonu ve merhemler uygulanabilir.
- Travmayı önlemek amacıyla hastanın gözünü kaşımaması ve oyuşturması söylenir.
- Hastanın loş, havalandırılmış, temiz bir odada istirahatı sağlanır.
- Tek göz konjonktivit ise (mikrobik olanlarda) diğer gözü koruma amacılı steril spançla kapatmak gerekir.
- Hasta ellерini sık yıkaması, ilaçlarını düzenli ve uygun şekilde kullanması ve hastalığın seyrini hakkında bilgilendirilir.

 ➢ Basit Bakteriyel Konjonktivit


➢ Viral Konjonktivitler

Adenoviral keratokonjonktivit: 31 serotipin biri içerisinde göz enfeksiyonu yaptığı belirlenmiştir. İki farklı klinik tablo ile karakterizedir. Her ikisi de iki hafta boyunca çok bulaşıcıdır ve epidemiler yapabilir.
1. **Faringokonjonktival ateş:** Çoğunlukla çocukları etkilemektedir ve üst solunum yolu enfeksiyonu ile birliktedir. Olguların %30’unda keratit gelişmektedir.

2. **Epidemik keratokonjonktivit:** Sistemik bulgu genellikle olmaz. Keratit olguların %80’inde gelişmektedir.

Hasta ani başlayan sulanma, kızarıklık, fotofobi gibi şikayetlerle başvurur. Hastaların %60’ında her iki göz birden etkilenmiştir. Muayenede kapak ödemi, foliküler reaksiyon, subkonjonktival hemoraji ve kemozis görülebilir.


**Resim 2.6: Konjonktivit**

**Kemozis,** konjonktiva ödemidir ve alerjik veya enfeksiyöz adenoviral konjonktiva hastalıklarının bir bulgusu olabilmektedir. Sekresyonlar, dilate kan damarlarından sızan ve epitelden süzülen eksudalardır ve konjonktival enflamasyonlarda en sık karşılaşılan bulgulardandır.


45
Alerjik Konjonktivit

Mevsimsel alerjik konjonktivit; polenler, tebeşir tozu, halı ve yün parçaları gibi antijenlerin tetiklediği sık rastlanan bir hipersensitivite reaksiyonudur. Özellikle bahar aylarında ortaya çıkan kaşıntı, kızarıklık ve sulanma atakları ile karakterizedir. Muayenede hiperemiye hafif kemozis ve yaygın papiller raksiyon eşlik eder.

Otoimmün Konjonktivitler

- Oküler Skatrisyel Pemfigoid (OSP)


- Stevens-Johnson Sendromu


Kimyasal Konjonktivitler

Asit yanıkları: Asitler, doku proteinlerini çökerterek bunların koagüle olmalarına ve derin penetrasyonu engelleyen bir barier oluştururlar. Asitler derine penetre olamadığından etkileri daha hafiftir ve etki alanları konjonktiva, kapaklar ve kornea ile sınırlıdır.

Alkali yanıkları: Oftalmolojik acillerden biridir. Alkali madde hızlı kornea katmanına, ön kamaraya, açı bölgesine, irise, lense ve silir korpusa kadar penetre olur ve konjonktiva ve kornea hasarının yanında katarakt, üveit, sekonder glokom gibi ciddi problemlere yol açar. Limbusta iskemik nekroz görülebilir.

Tedavi: Gözü acilen bol sıvı ile yıkamak, yapıması gereken ilk ve en önemli tedavidir. 500-1000 cc SF ile hasta yakınına gözü açırtarak veya göz spekulumu takılarak göz irrige edilir ve pH kontrolü yapılarak normale dönene kadar yıkamaya devam edilir.

Topikal steroid ile üveitik reaksiyon baskılanabilir. Antibiyotik ve suni gözyaşı damlaları ve gözü kapama ile yakın takip önemlidir. Gerektiliinde akut tablo yatıştıktan sonra cerrahi tedavi uygulanabilir.
Gonokoksik Konjonktivit (Gonoblenore)

Yenidoğanın doğum sırasında, annede gonore hastalığı varsa vajen sekresyonuyla temas etmesiyle, yetişkinlerde ise direkt temasla meydana gelir. Etkeni, gonokoklardır.

Bulaşmadan bir iki gün sonra bol sekresyon, küçük cerahat kitleleri ve tipik cerahat sekresyonu başlar ve kepek aralarından dışarı çıkar. Kapaklar ileri derecede ödemli, şiş ve koyu kırmızı renktedir. Gonokoklar korneayı eritir, ülser meydana gelir (keratit) ve gözün kaybına neden olur.

Tedavi ve hemşirelik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilir:
- Yenidoğanlara koruyucu olarak %0,5 veya %1’lik gümüş nitrat solüsyonu damlatılır.
- Göze penisilin kristalize sulandırılarak damlatılır ve İM olarak yapılır.
- Göz serum fizyolojik ile temizlenir. Göze penisilinli merhemler sürülür.
- Bir göz hasta ise diğer göz kapatılarak korunur, eller sıksık yıkanmalıdır.
- Hemşire hastaya gerekli konularda eğitim vermelidir.
- Asepsi kurallarına dikkat edilmelidir.

2.6. Kornea Hastalıkları

Kornea, göz küresinin dış kılıfı ön bölümünü oluşturan saydam, damarsız, optik bir ortamdır. Duyu sinirlerini trigeminal sinirin oftalmik dalından alır.

Kornea iltihapları (keratitis) genel olarak travma (mekanik, kimyasal, radyasyon), enfeksiyon (bakteri, virüs, mantar) ve alerji sonucu oluşur. Ayrıca yaş, immünsüpresyon, kapak fonksiyon bozuklukları ve gözyaşı eksikliği gibi predispozan faktörlerin de rolü vardır.


Kornea Yaralanmaları


Tedavi ve hemşirelik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilir:
- Şimik yaralanmalarda göz su ile yıkanır (irigasyon).
- Antibiyotikli merhemler konularak göz infeksiyonlardan korunur.

**Kornea İltihapları**


**Enfeksiyöz Kornea Ülseri**


Klinik bulgular: Üst kapak ödemi, konjonktival hiperemi, korneada incelme, stromal ödem ve infiltrasyondur. Ön kamarada reaksiyon sonucu lökositlerden oluşan ve seviye veren pü kolleksiyonu (hipopiyon) diğer bulgulardır.

Keratit gelişen hastada fotofobi, görme bozukluğu, iritasyon, kaşıntı ve kornea zerinde krater görünümü olabilir. Kornea ülseri sonucu gelişen skar, körlüğe neden olabilir. Hastalık; virüsler, bakteriler, alerjik reaksiyonlar, mantarlar, A vitamini eksikliği ve göz kuruluğu nedeniyle olabilir.

Tedavi ve hemşirelik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilir:

- **İnfeksiyonu önlemek** için sistemik ve lokal antibiyotikler verilir.
- **Tedavi** nedene yönelikir. Neden virüüt ise antivirüütik ilaçlar verilmelidir.
- **Nedeni** A vitamini yetersizliği ise A vitamini takviyesi yapılır.
- **Tedaviye dirençli** durumlarda kornea epiteli kazınabilir, epitelyum rejenere olana kadar her gün pansuman yapılır.
- **Görme kaybolası** 40. keratoplasti (kornea transplantasyonu) yapılır.
- **Kornea naklinin amacı** göz küresinin bütünlüğünü sağlamak ve görmeyi düzeltmektir.
2.7. Vasküler Tabaka Hastalıkları

Göz küresi temel olarak üç tabakadan oluşur. Bu tabakalar, dıştan içe;

- Fibröz (korneoskleral) tabaka,
- Vasküler tabaka (uvea),
- Nöral tabaka (retina) dir.

Uvea, Latince “üzüm şeklinde” anlamına gelir ve bu terim koroid, silyar cisim ve iristeki kan damarları ile pigment hücrelerini tarifler.

İrisin iltihaplanması iritis, korpus siliyarenin iltihaplanması siklitis, ikisinin iltihaplanması da iridosiklitis (ön uveit), koroidinin iltihaplanması da koroiditis (arka uveit) adı verilir.

İridosiklitlerde gözde kırmızılık, sulanma, görme bulanıklığı, fotofobi ve ağrı görülür. Nedeni açık olarak biriken memekle birlikte kornea iltihapları, delici yaralanmalar, frengi, toxoplazma, tüberküloz gibi hastalıklardır.

Tedavi ve hemşirelik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilir:

- Hastalığın etkeni ve şekline göre spesifik tedavi uygulanır. Lokal veya sistemik kortikosteroidler ve aneljezikler verilir.
- El temizliğine dikkat edilmelidir.
- Sıcak ıslak kompresler uygulanır.
- Fotofobi (ışıktan rahatsız olma) için koyu renk gözlükler kullanılır.
- Hemşire hastaya el hijyeninin önemi, ilaçların kullanılış şekli, kişisel eşyalarını aile bireyleriley paylaşmaması gerektiğini nedenleriyle birlikte açıklamalıdır.

2.8. Retina Hastalıkları

- Retina Dekolmanı (RD)

Retina, gözün iç ve arka bölümüne kaplayarak gözün optik ortamlarda başlayan görme işlevini kendisinde gerçekleştiren ve görüntü uyaranlarını görme siniri aracılığıyla beyne ileten tabakadır (ağ tabaka).

Retina dekolmanı, gözün iç tabakasının yükselerek yerinden ayrılmamasıdır.

Belirtileri: Retina dekolmanı gelişen hastalar başlangıçta ışık çıkamaları, oval-yuvarlak şekiller ve örümcük ağı şeklinde görüntüler görme, siyah veya kırmızı renkte yaşan noktalar ve nihayet dekole yani ayrılmış retina bölgesine uyaran görme alanın kaybı tarif ederler. Dekolmanın tipine, yerine ve süresine göre belirtilerin şiddeti farklılaşabilir.
Tedavi ve hemşirelik bakımda aşağıdaki hususlara dikkat edilir:

- Belirtiler görüldüğünde hasta acilen, hareket ettirilmeden sırıtstå, düz, başı alçak olarak yatırılmalıdır.
- Hastanın başını ön eğmeme, gözünü kaşımaması, ovmaması gerekliğini açıklanmalıdır.
- Gözün üstüne bir gazlı bez konularak göz kapatılır.
- Hastanın sakin olması sağlanır. Fiziksel zorlamalardan kaçınılmalıdır.
- Hemşire, hasta ve yakınlarına psikolojik destek olmalıdır.
- Erken cerrahi müdahale gerekir. İlaçla tedavisi yoktur. Bu konuda hemşire gerekli açıklamaları yapmalıdır.
- Ameliyat sonrası bakımında uygun sıklıkta ANT.TA kontrolü yapılır.
- Yatak kenarlıkları kaldırılır.
- Hastanın odasının sessiz ve loş olmasını sağlanır (Gürültü ve ışığın azaltılması, midriyazis ve ödemin neden olduğu ışığa duyarlılığı azaltabilir.).
- Pansumanlar her gün değiştirilir.
- Hiyjen kurallarına dikkat edilir.
- Doktor istemine göre ilaçları verilir.
- Hasta, cerrahiden sonra her iki saatte bir ağrı skalerına göre değerlendirilir (Cerrahiden sonra orta dereceli bir ağrı beklenebilir ancak ağrı düzeyindeki ani değişimler komplikaston göstergesi olabilir.).
- Hemşire, göz pedleri değiştirildikten sonra (1-2 gün içinde) hastanın görmesinde veya diğer fiziksel semptomlardaki herhangi bir değişikliği doktora bildirmelidir.
- Hemşire doktorun istemleri doğrultusunda hastanın ameliyattaki sonraki pozisyonu, yürümesi vb. konularında hayaty bilgilendirmeli ve yönlendirmelidir.
- Hemşire, hastanın yapmaması gereken davranışlar (öksürme, ıkınma, ani kalkma gibi) hakkında bilgi vermelidir.
- Doktor istemine göre hasta gerginse sedatifler verilebilir.
- Hasta mobilize edildiğinde hemşire yardım etmeli ve destek olmalıdır.

2.9. Lens Hastalıkları

- Katarakt


Nedenleri: %90 yaşa bağlı (senil katarakt) ortaya çıkar. Daha az görülmeyle birlikte travma, bazı sistemik hastalıklar, üveit gibi göz rahatsızlıkları, steroid gibi bazı ilaçların kullanımına bağlı olarak ikincil katarakt gözlenebilmektedir.

### Konjenital Kataraktlar

Anne adayının hamileliğinin ilk dönemlerinde geçirdiği kızamıkçık hastalığı, antiviral ilaçlar gibi etkenler, çocukta doğuştan katarakta neden olabilir. Gebeliklerin ilk üç ayında özellikle kızamıkçık, ayrıca suçluğ, kabakulak ve kızamıklı çocuklar gebelerden uzak tutulmalıdır. Çoğunlukla çift taraflıdır.

Konjenital kataraktta retina net bir şekilde görülmeyecek kadar kesifse (opak) normal görmenin gelişmesi için en kısa zamanda ameliyat edilir.

Özellikle tiroit ve diyabet hastalarında katarakt gelişimi daha çabuktur. C vitamini eksikliği, güneşin ultraviolet ışınları gibi etkenler katarakt gelişimini hızlandırır.

Tanıda hastanın gözünün içine mikroskopik olarak bakılmaktadır. Kataraktın içinde özel bir lazer yöntemiyle hastanın ameliyat sonrası ne düzeyde göreceği de belirlenmektedir.

- **Fako Emülsifikasyon Yöntemi**

Bugün için kullanılan en geçerli ve sonuçları en başarılı yöntemdir. En büyük avantaji, çok kısa sürede uygulanabilmesi ve göz çok büyük kesilmeden küçük bir delikten çalışılabilmesidir. Ameliyat sonrası görme gücü çok hızlı geri kazanılır ve ameliyat özel mercekler konarak dikişsiz yapılır. Hasta çok kısa sürede narkoz almadan, işe çalışarak, sadece göz uyuşturucu damlaları ve topikal anestezi ameliyat olup evine gidebilir ve birkaç gün içinde de günlük yaşamına yavaş yavaş geri dönülebilir.

**Kataraktta** suni göz içi lensi, çıkarılmış olan doğal lensin (katarakt) yerine yerleştirilir. Özel bir maddeden yapılmış olan bu suni lens, yumuşak olduğu için katlanılabilmektedir. Yine özel sistemlerle katlanarak 3 mm olarak hazırlanmış olan kesiden gözün içine sokular ve daha sonra da doğal lens zarının içine yerleştirilir. Bu lens, gözde reaksiyon yapmayacak özel bir maddeden imal edilmiştir.

Yaşa bağlı katarakt ameliyatı, cerrahin tecrübesine ve gözün durumuna göre yaklaşık olarak 15 dakika içerisinde tamamlanır.

Tedavi ve hemşirelik bakımıda aşağıdaki hususlara dikkat edilir:

- Hemşire, hastanın ameliyatıyla ilgili varsa endişelerini gidermeli, iletişim kurarak hastayı rahatlatmalıdır.
- Ameliyat sonrasında ameliyatı olan kapalı göz ertesi gün (24 saat sonra) açılabilir.
- Hasta, ameliyatlı göz üzerine yatmaması konusunda uyarılmalıdır. Hastanın sırt üstü yatması uygun olacaktır.
- Hasta hiçbir şekilde ameliyatlı gözünü ovsururamalı ve baskı uygulamamasıdır.
- Ameliyatlı göz, su ve sabunla temas etmemelidir. Hasta bu nedenle ilk bir hafta mümkünse banyo yapamalıdır (Vücut duş şeklinde yıkanabilir.).
- Hasta dışarı çıkacakca rüzgârlı ve güneşli havalarda koruyucu gözlük ve göz bandajı kullanmalıdır.
- Hasta ağır bedensel hareketlerden kaçınmalı, ağır yük kaldırmamalı ve taşınamalıdır.
- Hasta kuvvetli öksürme ve ıkınma gibi davranışlarda bulunmamalıdır.
- Hasta yüzme, dalma ve diğer sporlarını ne zaman tekrar yapabileceğini konusunda göz doktoruna danışmalıdır.
- Hemşire, hastayı ameliyat sonrası doktorun önerdiği ilaçları zamanında kullanması ve kontrollere mutlaka zamanında gelmesi konusunda bilgilendirmelidir.
- Hasta ani batıcı ağrı, göz kapaklarında ödem, görme azalması, akıntı olursa doktora başvurmalıdır.

2.10. Optik Sinir Hastalıkları

İkinci kafa çifti siniri olan optik sinir, çevresinde beyin kılıflarının bulunması (dura, araknoi ve pia), schwann kılıfı ve hücrelerinin bulunmaması nedeniyle diğer kafa çifti sinirlerinden farklıdır. Embriyoloji ve anatomik yapısı göz önüne alındığında optik sinir, gerçekten bir kafa çifti siniri olmayıp beynin uzantısıdır. Optik siniri oluşturan lifler, retina ganglion hücrelerinin uzantısı olan sinir fibrilleridir.

- Papilla Ödemi

Papilla ödemi veya papilla stazi deyimi eskiden yalnızca kafa içi basıncının arttığı olgulardaki papillanın durumu için kullanılırken günümüzde papilla sınırlarının keskinliğinin bozulduğu görünümüne tüm papilla ödemi olarak adlandırılmaktadır.

Papilla ödemi yapan nedenler; oküler nedenler, orbital nedenler, intrakranial nedenler, sistemik hastalıklar olarak sıralanabilir.

Oküler Nedenler: Göz içi basıncında ani düşme papilla ödemi tablosuna yol açabilir.

Orbital Nedenler: Optik sinirin orbita içindeki bölümüne yapılan basınç dolaşımı bozduğundan papilla ödemine neden olur.

52
İntrakranial Nedenler: Kafa iç basıncını artıran tüm patolojiler papilla ödeminin yol açar.

Sistemik Hastalıklar: Hipertansiyon, kalp yetmezliği, kan diskrazileri (lösemi, trombositopenik purpura, pernisiöz anemi, makroglobulinemi vs.), endokrin bozukluklar, diğer sistemik hastalıklarda (sarkoidoz, lupus eritamatozus, poliarteritis nodoza vb.) papilla ödemi tablosu karşımıza çıkabilir.


➢ Optik Nöropati

İltihabi, demiyelinize, dejeneratif, vasküler ya da metabolik nedenler gibi farklı nedenlerle ortaya çıkmakta olup pek çok klinik tablo benzerdir. Bu nedenle günümüz literatüründe bu patolojilerin tümünü içine alan geniş kapsamlı optik nöropati deyimi kullanılmaktadır.

Ortak subjektif belirtiler:
- Göz hareketleri ağırlıdır.
- Ani görme kaybı vardır.
- Göme alanında özellikle santral skotom.(göme alanında görmeyen bir nokta ya da alan bulunması) izlenir.
- Renk görme hissi bozulmuştur.

Ortak objektif belirtiler:
- Gözler haricen normaldir.
- Pupil ışık reaksiyonu tembel veya yoktur.

Optik nöropati çeşitleri şunlardır:
- Demiyelinizasyona bağlı optik nöropati
- İşkemik optik nöropati (İON)
- Kompresif optik nöropati
- Toksik optik nöropati
- Herediter optik nöropati
Optik Atrofi

Optik sinir liflerinin dejenerasyonu, aksonlarının kaybolması ve demiyelinizasyonun meydana gelmesi ile karakterize duruma optik atrofi denir. Daima görme kaybı ve papillada tam veya kısmi soluklukla kendini gösterir. Atrofi tanısı papillanın görünümünden çok görme fonksiyonundaki kayıp ve görme alanı değişiklikleri ile konulur.

Optik Sinir Yaralanmaları

Optik sinir orbita gerisinde yerleştirilen yaralanmaları nadirdir. Trafik kazalarında ileri derecede orbita hasarında veya yüksekten düşmelerde özellikle foramen optikum bölgesinde optik sinir kesesi şeklinde karşımıza çıkabilir. Tam bir kesi varsa hastada körlük vardır.

Optik Disk Anomalileri

Bu patolojiler intrauterin yaşam sırasında optik sinirin gelişim bozukluğu sonucu ortaya çıkar. Bunlar; megalopapilla, aplazi, hipoplazi, tilte disk sendromu, çift papilla, kolobom, optik pit, miyelinli sinir lifleri gibi patolojilerdir.

2.11. Şaşılık (Strabismus)

Görme ekseninin paralelliklerinin bozulması ile ortaya çıkan tabloya şaşılık denir. Şaşılıklar, yönüne göre içe şaşılık (ezotropya), dışa şaşılık (ekzotropya), dikey (yukarı, aşağı-hipertropya, hipotropya) şaşılık şeklinde olabilir.

Resim 2.7: Konjenital ezotropealı bebek

Subjetif olarak şaşılık, hastanın bir gözünün foveasını cisme bakarken diğer gözünde görüntüünün fovea dışında bir başka noktaya düşmesi sonucu çift görmeden (diplopi) yakınması ya da çift görmemenin klein kaygısı kaydı görevdeki görüntüyü baskılaması veya yeni koşullara adapte olmasıdır.

İçe Şaşılık (Ezotropeya-Konverjans Strabismus)

En sık görülenidir. Nonparalitik veya paralitik iki şekilde olabilir.

- **Nonparalitik Ezotropya**


- **Paralitik Ezotropya**


Hastada baş dönmesi, çift görme, bulantı, kusma olabilir. Mutlaka nörolojik muayene yapılmalıdır. Şaşılık tedavisine daha sonra geçilir.

- **Dışa Şaşılık (Egzotropya)**

Ekزotropya\'taki bazı hastalarda şaşığa yol açabilen orbital anomaliler (Kraniosnootoz: Bebeğin kafa kemiklerinin erken kapanması\'), mekanik kısıtlamalar veya nörolojik patolojiler (3. kranial sinir felci) mevcut olabilir. Hastaların çoğununda ise sayılan nedenlerin hiçbir bulunmaz.

Daha çok 2-3 yaşından sonra ortaya çıkar. Çif görmek engellemek için çocuk güneş ışığından bir gözünü kapatır. Dışa Şaşılıkta kesin tedavi yöntemi ameliyattır.
Dikey Şaşılık

Diğer şaşılkılar rastlandığında daha büyük yaşlarda ortaya çıkar. Nedenleri arasında kas yapışıklıkları, travmalar, orbita tümörleri, sistemik hastalıkların (multiple skleroz vb.) komplikasyonu sayılabilir.

Tedavi ve Hemşirelik Bakımı: Tedavinin amacı, her iki gözde görmeyi sağlamak, mümkün olduğunca iyi bir görme derecesi oluşturmaktr.


İlk muayene yenidoğan odasında deneyimli bir hemşire veya çocuk doktoru tarafından yapılır. Daha sonra 6. ve 18. aylarda göz doktoru tarafından genel göz sağlığı muayenesi yapılmalıdır. Gözler tamamen normal görünümde olsa bile göz tembelliği tespiti için her çocukta 3 yaşında mutlaka ilk görme muayenesi yapılmalıdır.


Görme ekseni cerrahi girişimle düzeltilebilir.

2.12. Glokom

Glokom; göz içi basıncının (GİB) artması, optik sinir hasarı, ve periferik görme kaybı olan bir grup hastalıktır. Glokom konjenital olarak primer bir hastalık şeklinde ya da başka oküller veya sistemik sorunlara sekonder olarak ortaya çıkabilir. Glokom dünyada geri dönüşümüz körlüğe yol açan nedenlerden biridir.

Körlüğün en önemli nedenlerinden biri olan açık açılı glokom ve bazı glokom tiplerinin sebebi tam olarak bilinememektedir. Bugün glokomun bazı tiplerinin kalıtsal olabileceğini göstermiştir.

Glokomda teşhisin erken konulmadığı, tedavinin iyi ve devamlı yapılmadığı durumlarda görme kaybı olur.

Glokom tipleri şunlardır:

- Primer açık açılı glokom (PAAG)
- Primer kapalı açılı glokom (PKAG)
- Sekonder glokom
- Primer konjenital glokom (PCG)

Tanı: Tonometriyle göz içi basıncı ölçülür (12-21mmHg normal değer) Görme alanı optik sinir değerlendirilmesi, ön kamera açısı muayene edilir ve değerlendirilir.

Tedavi ve hemşirelilik bakımında aşağıdaki hususlara dikkat edilir:

- Tedavide esas, göz içi basıncının hastada ileri ve kalıcı görme kaybına yol açacak kadar yükselmesine izin vermemektir.
- Kamera suyu yapımını azaltıcı ilaçlar verilir. Böylece göz içi tansiyonu düşürülür ve güvenli bir seviyede tutulur.
- İlaç tedavisinde temel amacı kamera suyunun (hümor aköz) atılmasını kolaylaştırmak ve kamera suyunun yapımını azaltmaktır.
- Lazer tedavisinde yapılabilir. Lazer tedavisinden sonra göz içi basıncı azalır.
- Sekonder glokomda mümkünse sebep ortadan kaldırılır. Konjenital glokomda akrofleksiye müdahale yapılmalıdır.
- Tibbi tedavi ile göz içi basıncının normal sınırlarda tutulduğu ve görme alanı bozukluklarının artmaya devam ettiği durumlarda cerrahi girişim uygulanır.
  - Cerrahi girişim olarak bir fistül ameliyatı yapılarak kamera suyu konjonktiva altına yönlendirilir. Böylece kamera sıvısının akışı kontrol altında alınır (filtrasyon ameliyatları).
  - Glokom fiiltrasyon cerrahisi, açık açılı glokomda en sık uygulanan cerrahi girişimlerden biridir. Göz sıvısının daha etkili bir biçimde direne olması sağlanmak ve böylece göz içi basıncını düşürmek için uygulanır.
  - Kamera sıvısının yapımı azaltmak için korpus silyare diyatermi (ısı ile yakma) veya kriyokoagülasyon (soğukla dondurma) uygulanarak fonksiyonu azaltılmış olur.
- Akut kapalı açılı glokomu olan hastanın göz içi basıncını azaltmak için acilen ilaç verilir. Hemşire ilaçların düzenli alınmasını sağlamalıdır.
- Hemşire, hasta odasının loş olmasını ve dinlenmesini sağlamalıdır.
- Hastanın ağrısını değerlendirilir. Hastanın alına soğuk kompres uygulanarak fonksiyonu azaltılmış olur.
- Hasta ve ailesine glokomun riski konusunda eğitim verilmelidir. Hasta ve ailesiyle iletişimi önemlidir.
Hemşire, hastanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmelidir. Böylece hastanın durumla baş edebilmesine yardımcı olunur.

Hemşire, hastanın kör kalma korkusu ile baş etmesine yardımcı olacak kaynaklarını ve gücünü tanımasına yardımcı olmalıdır.

Hastanın öz bakımda gereklı yardımını yapmalıdır.

Göz ameliyatı olacak hastaya preoperatif bilgi verilmelidir.

Hastaya ameliyat sonrası rutinler, alınması gereken önlemler ve olası komplikasyonların belirtileri ile ilgili bilgiler vermek, gözün kapanması ile yaralanma riskinin arttığı, diğer gözde de zayıf görmeye ve bazı aktivitelerde bağımsızlığın kaybedileceği ile ilgili açıklama yapmak gerekir.

Enfeksiyonu önlemek için göze damla uygulamadan veya gözün kapama pedini değiştirmeden önce elleri yıkamak, göz damlasının steriliğini korumak ve drenajı düzenli olarak kontrol etmek gerekir.

Hasta periyodik kontrollerini aksamamalı ve ruhsal gerinlikten uzak tutulmalıdır.

Hasta taburcu oldukça sonrt ortaya çıkabilecek durumlarda ne yapılması gerektiği, acilen hastaneye gelmesi gerektiren durumlar, kullanacağı ilaçlar ve kullanım şekli, kontrol zamanı, yeri ve saati hakkında bilgilendirilmesi gereklidir.

Enfeksiyonu önlemek için göze damla uygulamadan veya gözün kapama pedini değiştirmeden önce elleri yıkamak, göz damlasının steriliğini korumak ve drenajı düzenli olarak kontrol etmek gerekir.

Hasta periyodik kontrollerini aksamamalı ve ruhsal gerinlikten uzak tutulmalıdır.

Hasta taburcu oldukça sonrt ortaya çıkabilecek durumlarda ne yapılması gerektiği, acilen hastaneye gelmesi gerektiren durumlar, kullanacağı ilaçlar ve kullanım şekli, kontrol zamanı, yeri ve saati hakkında bilgilendirilmesi gereklidir.

Hasta ihtiyaç duyduğuunda yardım istemesi için cesaretlendirmelmesi ve kusma, öksürme, gözlerle baskı yapma, beli sıkan kemer kullanma, içme gibi intraoküler basıncı arttıran davranışlardan sakınma konusunda eğitmelidir.

Fistül ameliyatlarından sonra hasta baş yüksekte olacak şekilde yatırılır.

Ameliyattan sonra hastanın bazı aktivitelerinin sınırlanması gerektiği, hastaya bilgi verilir. Hastanın gözleri 5-6 gün kapatılmalıdır.

Glokomlu hastaya verilen tedaviyi devam ettirmesi ve düzenli aralarla muayene olması gerektiği anlatılmalıdır.

Hastanın glokomlu olduğunu gösteren bir kart taşıması, başka bir nedenle doktora gittiğinde glokom hastası olduğunu (doktorun vereceği ilaçlar nedeniyile) söylemesi gerekir.

Hasta karanlık ortamda iyi göremediği için (Miyotik ilaçlar pupillayı daraltır.) faaliyetlerini (araba kullanma, yürümeye vb.) ona göre ayarlanmalıdır.

2.13. Kırma Kusurları

Göze paralel gelen ışınların retina tabakası üzerinde odakladığı duruma emetropi denmektedir. Emetropi, hiçbir kırma kusuru olmayan gözün durumudur. Bu durumun sağlanamadığı yani göze paralel gelen ışınların retina üzerine odaklanamaması durumuna ametropi (kırma kusuru) denilir. Kırma kusurları hastalık olarak kabul edilmemektedir. Kırma kusurları temelde dört çeşittir:

Hipermetropi


Hipermetropide bir toplayıcı cam, ince kenarlı (konveks) mercek kullanılarak paralel gelen ışınların retina üzerine düşürülmesi sağlanır.

Astigmat

Presbiyopi


Kırma Kusurlarının Tedavisi


Kırma kusurları 0-20 yaş arasında hızlı değişim gösterir. Bu nedenle 6 ay - 1 yıllık aralıklarla muayene, gerekirse numara değişimi tavsiye edilir. 40 yaşından sonra ortaya çıkan presbiyopi tedavisinde 40-60 yaş arasında yakın gözlüklerinin zaman zaman değiştirilmesi gerekmektedir çünkü lensin esnekliği zaman içinde değişmektedir.


Bu teknikle miyopi, hipermetropi ve astigmati küçültmek veya düzeltmek mümkün olabilmektedir.

Reaktif cerrahide görülebilecek yan etkiler aşağıdaki açıklanmıştır.

Bu komplikasyonlar aşağıda sıralanmıştır:
- Geçici rahatsızlık hissi, bulanık görme
- Enfeksiyon
- Işıkların etrafında halel görme
- Fazla veya az düzeltme
- Gece görme güçlüüğü
- Düzensiz astigmat
- Korneal nedbe oluşumu
- Retina dekolmanı ve kalıcı görme kaybı

18 yaşın altında ve gözlik numarası ilerleyenler, keratokonusu olanlar, romatizmal hastalığı olanlar, gebe ve emzirme döneminde olanlar, ili kuru gözü olanlar, kataraktı ve glokomu bulunanlara refraktif cerrahi yapılmalıdır.

2.14. Tümörler

Göz Kanseri


Göz Kapaklı Tümörler

- Nevus


- Siğil

Daha çok kapak kenarında olur, saplı ya da sapsızdır. Virüslerden ileri geldikleri düşünülmemektedir. Cerrahi olarak kolayca alınabilir.
- **Moluskum Kontagiozum**

- **Ksantelazma**

- **Hemanjıom**

- **Keratoz**

- **Kistler**
  Göz kapağı bölgesinde salgı yapan pek çok bez ve hücre bulunur. Bunların her birine ait kistler oluşabilir. Hemen hemen hepsi iyi huyludur.

- **Karsinomlar**

- **Melanom**

- **Kseroderma Pigmentozum**
➤ Orbita Tümörleri

Orbita, göz küresi ve üzerindeki dokular içinde barındıran huni şeklindeki yapıya verilen adır. Hem yumuşak hem de sert dokularına ait tümörler görülebilir.

Orbita tümörleri şunlardır:
- Dermoid kist
- Hidatik kist
- Hemanjiom
- Rabdomiyosarkom
- Lenfomalar

➤ Görme Siniri Tümörleri


➤ Konjunktiva Tümörleri

- Dermoid ve Lipodermoid

Orbitada olduğu gibi konjunktivada, korneada ve konjunktivata altında dokuda da dermoidler olabilir. Cerrahi olarak çıkarılması zordur ve nüksedebilir.

- Papillom

Yüzeyi pürtüklü, çilek görünümünde, pembe renkli, saplı veya sapsızdır. Kapak konjunktivasında, gözyaşı havuzu bölgesinde veya gözyaşı kesesinde görülebilir. Cerrahi girişimle çıkarılır.

- Karsinom


- Nevuslar

• **Melanozis**

Doğuştan melanoziste sklera, episklera, gözün renkli tabakası ve damar tabakasının melanozisi ile birlikte konjunktivamın derin katlarında yaygın renklenme görülür. Bazılıarda göz tansiyonu yükselebilir. Addison hastalığı, radyasyon sonrası ve hamilelikte edinsel melanozis görülebilir.

• **Melanom**


➢ **Göz İçi Tümörleri**
- İris nevusu
- İris kistleri
- İris melanomu
- Ksantogranulom
- Leyomiyom
- Silier cisim melanomu
- Koroid melanomu
- Koroid nevusu
- Koroid hemanjomu

➢ **Göz İçi Metastatik Tümörleri**


• **Retinoblastom**


Tümörün yerleşim yerine göre göz bebeğinde beyazlık, şaşılık, glokom ve iltihap gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Tedavi edilmediğinde retinoblastomun ölümle sonuçlanması kaçınılmazdır. Günümüzde modern tanı ve tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilirlik oranı %90 düzeyine ulaşmıştır. Tedavi seçenekleri ışın, dondurma, lazer, kemoterapi ve cerrahidir.
Bunun dışında göz içinde aşağıdaki tümörlerde de rastlanır:

- Retinal astrositom
- Retina hemanjiomları
- Melanositom

Optik Sinir Tümörleri

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. ( ) Gözün üst kapağının düşüklüğüne blefarit adı verilir.
2. ( ) Arpacık, göz kapaklarında ileri derecede kırmızılık, ağrı ve şişlik ile karekterize bir apsedir.
3. ( ) Orbikülaris okuli kasının (göz kapaklarını kapatan kas) herhangi bir sebeple istemsiz kasılmasına şalazyon adı verilir.
4. ( ) Gözlerdeki kuruluk için yapay gözyaşı ve göz damlaları kullanılabilir.
5. ( ) Üveit, gözyaşının normalden fazla salgılanmasıdır.

DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi orta kulak hastalıklarındandır?
   A. Büllöz mirinjit  
   B. Akut otitis eksterna  
   C. Labirentit  
   D. Otitis media  
   E. Menier hastalığı

2. Aşağıdakilerden hangisi keratoplastiyi açıklar?
   A. Korneo transplantasyonu  
   B. İrisin iltihaplanması  
   C. Göz içi basıncında düşme  
   D. Konjonktiva hastalıkları  
   E. Kırma kusuru

3. Aşağıdakilerden hangisi sinüzit tedavisinin amaçlarından değildir?
   A. Enfeksiyonun kontrol altına alınması  
   B. Doku ödeminin azaltılması  
   C. Drenajın önlenmesi  
   D. Hastalık süresinin azaltılması  
   E. Komplikasyonların önlenmesi

4. Aşağıdakilerden hangisinde gözyaşı kesesi iltihaplanmıştır?
   A. Konjonktivit  
   B. Blefarospazm  
   C. Şalazyon  
   D. Daktriyosistitler  
   E. Hordeolum

5. Aşağıdakilerden hangisi auriküla perikondriumunun ve kıkırdakının enfeksiyonudur?
   A. Otohematom  
   B. Fronkülozis  
   C. Kartilaj  
   D. Osteokondrom  
   E. Perikondritis

6. Başlangıçta ışık çakmaları, oval-yuvarlak şekiller ve örümcek ağı şeklinde görüntüler görme, siyah veya kırmızı renkte yağan noktalar ve nihayetinde görme alanı kaybı olarak tarif edilen hastalık aşağıdakilerden hangisidir?
   A. Keratit  
   B. Retina dekolmanı  
   C. Katarakt
7. Aşağıdakilerden hangisi paralitik ve nonparalitik şekilde en sık görülen şaşılık türüdür?
   A. Ekzotropya
   B. Ezotropya
   C. Hipertropya
   D. Hipotropya
   E. Strabismus

8. Aşağıdakilerden hangisi glokomda hemşirelik bakımı uygulamalarından değildir?
   A. İlaçların düzenli alınmasını sağlamak.
   B. Hasta ve ailesine glokomu riski konusunda eğitim vermek
   C. Hastanın öz bakımında gerekli yardımları sağlamak
   D. Ameliyattan sonra hastanın günlük yaşamda yaptığı aktiviteleri yapacağını söylemek
   E. Hastayı taburcuikutktan sonra ortaya çıkabilecek durumlarda ne yapması gerektiğini, acilen hastaneye gelmesini gerektiren durumlar, kullanacağı ilaçlar ve kullanım şekli, kontrol zamanı, yeri ve saati hakkında bilgilendirmek

9. Aşağıdakilerden hangisi refraktif cerrahi tekniklerinden değildir?
   A. Laser subepitelial keratomileusis (LASEK)
   B. Laser in situ keratomileusis (LASİK)
   C. Kontakt lensler
   D. Phakic intraokular lens (fakik göz içi lensleri)
   E. Fotorefraktif keratektomi (PRK)

10. Aşağıdakilerden hangisi kötü huylu göz içi tümörüdür?
    A. Retinoblastom
    B. Koroid hemanjiomu
    C. Koroid nevusu
    D. İris nevusu
    E. Verrü

DEĞERLENDİRME

**CEVAP ANAHTARLARI**

**ÖĞRENME FAALİYETİ 1’İN CEVAP ANAHTARI**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ÖĞRENME FAALİYETİ 2’NİN CEVAP ANAHTARI**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Yanlış</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Doğru</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Yanlış</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Doğru</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Yanlış</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MODÜL DEĞERLENDİRMENİN CEVAP ANAHTARI**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>E</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>A</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ALBAYRAK Nalan, Sibel ERKAL, Gülsüm ANÇEL, Ayla ALBAYRAK, 

TANYER Şengül, Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği, Dizgi Ofset 

7.pdf/16.12.2012/17.02
8
18
http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/88_93.pdf/18.1 
2.2012/23.45
/16.pdf (20.12.2012)/14.00)
- http://www.romatizmam.com/pdf/Sjogren_sendromu.pdf/01.01.2013/00.48
- http://www.nidh.gov.tr/index.php5?g3om=com_news&mod=mod_view&id=141/01.01.2013/12.46
- http://tez.sdu.edu.tr/Tezler/TT00497.pdf/01.01.2013/18.35
- http://histoloji.cu.edu.tr/G%C3%B6z%20Histolojisi%202012.doc/01.01.2013/19.15
- http://totm.inonu.edu.tr/?s=srehber&alfabe=K&rid=119/02.01.2013/22.49
- http://m.on5yirmi5.com/haber/106543.htm/04.01.2013/01.02
- http://engelliler.gen.tr/f74/goz-tumorleri-nelerdir-2997/06.01.2013/00.30
- http://www.belgeler.com/blg/ow8/apolipoprotein/06.01.2013/11.15
- www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_2/7.pdf/06.01.2013/13.05