



லுசென்டிஸ்டம் இன்ட்ராவிட்ரியல் ஊசி

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர் வயது/பாலினம்.....
 நோயாளியின் அடையாளம்: தேதி.....
 மகன் / மகள்.....(முகவரி).....தொலைபேசி.....

லுசென்டிஸ் (Lucentis®) கண் ஊசியின் அறிகுறிகள் (Indications for injection)

லுசென்டிஸ் (Lucentis®) கண் ஊசியானது ராணிபீஸுமேப் (Ranibizumab) எனப்படும் மருந்தாகும். இந்த மருந்து வயது சம்பந்தமான மாகுலர் சீரழிவு (Age related macular degeneration (AMD) - neovascular form), நீரிழிவு நோயினால் வரும் விழித்திரை நீர்க்கட்டு (DME/Diabetic Macular Edema), நீரிழிவு நோயினால் வரும் விழித்திரை பற்றின்மை (Diabetic Retinal Detachment), விழித்திரை இரத்தக்குழாய் அடைப்பு (Retinal Vein &/or Artery Occlusions), நீரிழிவு நோயினால் மற்றும் ரத்த குழாய் அடைப்பால் வரும் கண் குழி இரத்தக்கசிவு (Vitreous Hemorrhage), புதிய இரத்தக்குழாய்களினால் உண்டாகும் கண்ணீர்முத்த நோய் (Neovascular Glaucoma), மேக்குளார் நீர்க்கட்டு (Macular Edema) போன்ற கண் விழித்திரை உபாதைகளுக்கு பயன்படுத்தப்படுகிறது.

VEGF எனப்படும் திரவி விழித்திரையில் புதிய ரத்த குழாய்கள் உருவாக காரணமாக இருப்பதை ஆராய்ச்சி கூறுகிறது. லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசி இந்த VEGF ஐ கட்டுப்படுத்தி புதிய ரத்த குழாய்கள் வளர்வதை தடுக்கிறது. லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசி பெற்ற நோயாளிகள் சிலருக்கு மேக்குளார் நீர்க்கட்டு (Macular Edema) குறைவதையும் மேக்குளா (Macula) சாதாரண தோற்றம் அளிப்பதையும் கவனிக்கிறோம். ஆகவே, லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஆனது மேக்குளார் எடிமா, அல்லது மேக்குளார் நீர்க்கட்டு ஆகியவற்றை கட்டுப்படுத்த பயன்படுத்துகிறது.

மேற்கூறிய கண் நோய்கள் பார்வை இழப்பையும் குருட்டுத்தன்மையையும் உண்டாக்குகிறது. லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசி எடுத்துக்கொள்வதன் மூலம், இன்று இருக்கும் பார்வையை தக்க வைக்க வாய்ப்புள்ளதாக மருத்துவர் கூறி அறிந்து கொண்டேன்.

எதிர்அடையாளங்கள் (Contraindications)

கண்ணில் நுண்ணுயிர் தொற்று நோய் (Infection) இருக்கும் பட்சத்தில் லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசியை கண்ணில் உள் செலுத்தக் கூடாது. கண் சிவத்தல், கண்ணீர் வடிதல், கண்ணில் அழுக்கு தேங்குதல் போன்ற அறிகுறிகள் இருந்தால், ஊசி போடும் முன்பு உங்கள் கண் மருத்துவரிடம் தெரியப்படுத்துங்கள்.

ஊசி சிகிச்சையின் வரம்புகள் (Limitations)

லுசென்டிஸ் (Lucentis®) சிகிச்சையின் குறிக்கோள் பார்வை இழப்பை தடுப்பதே. பார்வையை அதிகரிப்பது ஊசி சிகிச்சையின் நோக்கம் அல்ல. சில நோயாளிகளுக்கு பார்வை மீண்டும் கிடைத்தாலும், பொதுவாக, ஊசி



எடுப்பதின் மூலம் இழந்த பார்வை திரும்புவது இல்லை. இறுதியில் நோயால் ஏற்படும் பார்வை இழப்பைத் தடுக்க முடியாது. உங்கள் கண் விழித்திரை நோய்யைக் கட்டுப்படுத்த ஒன்று, இரண்டு அல்லது மூன்று ஊசிகள் போதும் என்று கூற இயலாது.

மாற்று சிகிச்சைகள் (Alternatives)

நீங்கள் உங்கள் கண் நோய்க்காக கண்டிப்பாக லுசென்டிஸ் (Lucentis®) சிகிச்சை பெற வேண்டியதில்லை. சிகிச்சையின்றி இருந்தால், இந்த நோய் மேலும் பார்வை இழப்புக்கும் குருட்டுத்தன்மைக்கும் வழிவகுக்கும். சில நேரங்களில் இவை மிக விரைவாக நடக்கலாம். உங்கள் கண் நோய்க்காக, லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசி தவிர, பிற FDA அங்கீகார சிகிச்சைகள் உள்ளன. விசுடியன் (Visudyne™) எனப்படும் மருந்தை பயன்படுத்தி போட்டோடியனாமிக் (Photodynamic) சிகிச்சை அளிப்பது முதல் எப்.டி.ஏ (FDA) அங்கீகாரம் பெற்ற சிகிச்சை. குறிப்பிட்ட விழித்திரை நோய்களுக்கு எப்.டி.ஏ (FDA) அங்கீகாரம் பெற்ற சிகிச்சைகள் ஐலியா (Eyelea®), மேக்உஜென் (Macugen™) மற்றும் ஓஸூர்டெக்ஸ் (Ozurdex®) ஊசிகள் ஆகும். இந்த எப்.டி.ஏ (FDA) அங்கீகாரம் பெற்ற சிகிச்சைகள் தவிர, சில கண் மருத்துவர்கள் எப்.டி.ஏ (FDA) அங்கீகாரம் பெறாத (Off-Label Treatments) சிகிச்சைகளான அசிஎன்ட்ரிக்ஸ் ஊசி (Accentrix®), ரஸுமேப் ஊசி (Razumab™), அவாஸ்டின் ஊசி (Avastin™) மற்றும் ட்ரியாம்சினோலோன் (Triamcinolone) ஊசியை பயன்படுத்துகின்றனர்.

கண்ணில் உள் ஊசி மூலம் மருந்துகளை செலுத்தும் பொழுது நிகழக்கூடும் அபாயங்கள்

லுசென்டிஸ் (Lucentis®) கண் ஊசிக்கு பின், தங்களது கண் பார்வையில் முன்னேற்றம் இல்லாமல் போகலாம். மேலும், தற்போதைய பார்வை குறைய வாய்ப்புள்ளது. கண்ணின் உள் நுண்ணுயிர் தொற்று (Infection/endophthalmitis) ஏற்படுதல், கண்ணின் உள் வீக்கம் (Inflammation) ஏற்படுதல், கண்புரை (Cataract) ஏற்படுதல், விழித்திரை இரத்தக்குழாய் அடைப்பு ஏற்படுதல் (Retinal vein &/or artery occlusions), கண் நீர் அழுத்தம் அதிகரித்தல் (Glaucoma), கண் நீர் அழுத்தம் குறைதல் (Hypotony), விழித்திரை (Retina) லென்ஸ் (Lens) மற்றும் கருவிழிக்கு (Cornea) சேதம் ஏற்படுதல், கண்ணில் உள் (Vitreous haemorrhage) மற்றும் வெண்படலத்தில் இரத்த கசிவு (Conjunctival hemorrhage) ஏற்படுதல், விழித்திரை துளைகள் (Retinal holes), விழித்திரை பற்றின்மை (Retinal detachment) போன்றவை லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசியினால் சாத்தியமான சிலக்கல்கள் மற்றும் பக்க விளைவுகள். பக்க விளைவுகள் ஏற்படும் பட்சத்தில், அதற்காக கூடுதல் சிகிச்சைகள் தேவைப்படும்.

இவை தவிர, லுசென்டிஸ் (Lucentis®) கண் ஊசிக்கு பின், கண் வலி, பார்வையில் கரும் புள்ளிகள் தெரிவது, இரத்த அழுத்தம் அதிகரிப்பது, உடம்பில் மற்ற உறுப்புகளில் இரத்தம் கட்டுவது போன்ற இன்னல்கள் நடக்கும் வாய்ப்பு உள்ளது. அரிதாக, மாரடைப்பு (Heart attack / Myocardial infarction), பக்கவாதம் (Stroke / Cerebrovascular accidents), உயிரிழப்பு போன்ற அசம்பாவிதங்களும் இந்த ஊசியினால் நிகழக்கூடும்.

மேற்கூறியவையில், லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசிக்கு பின் கண்ணுக்குள் உள் நுண்ணுயிர் தொற்று (Infection/endophthalmitis) ஏற்படும் அபாயம் மிக முக்கியமான ஒன்று. இந்த அரிய பக்க விளைவுகள் ஏற்படும் பட்சத்தில், நிரந்தர கண் பார்வை இழப்பு நேரிடலாம். சில நோயாளிகளுக்கு கண் சுருங்கி (Phthisis) சிறிதாக காட்சியளிக்கும்.

நோயாளி பொறுப்புகள் (Patient responsibilities)

ஊசி சிகிச்சைக்குப் பின் கண் வலி ஏற்படுதல், கண் பார்வை மங்குவது அல்லது குறைவது, ஒளியினால் கண் கூச்சம் ஏற்படுவது, கண் சிவப்பது, கண்ணில் பூழை கட்டுவது அல்லது இது போன்ற பிற அறிகுறிகள் ஏற்பட்டால் உடனடியாக எனது மருத்துவரை தொடர்பு கொள்வேன். நான் கர்பமாக இருந்தாலோ, தாய்ப்பால் கொடுத்துக்கொண்டிருந்தாலோ, வேறு சிகிச்சைகள் எடுத்துக்கொண்டிருந்தாலோ, வேறு கண் சிகிச்சைகள் முன்னர் எடுத்திருந்தாலோ என் மருத்துவரிடம் அதை கூறுவேன்.

மூன்று நாட்களுக்கு கண்களை துடைக்கவோ அழுத்தவோ கூடாது எனவும், தலைக்கு குளிப்பதை தவிர்க்க வேண்டும் எனவும் அறிவுறுத்தப்பட்டுள்ளேன். கண் ஊசிக்கு பின் எனது கண் மருத்துவர் கூறியவாறு எனது மருத்துவ நியமனங்களை (appointments) சரியாக பின்பற்றி கண்டிப்பாக மருவமனைக்கு வருவேன். கூறியவாறு மருத்துவ நியமனங்களை கடைபிடித்தால் மட்டுமே மருத்துவரால் ஊசியின் பக்க விளைவுகளை விரைவில் அடையாளம் காண முடியும் என்பதை அறிந்துகொண்டேன்.

அபாயகரமான பக்க விளைவுகள் நிகழும் வாய்ப்புகள் மிக குறைவாக இருப்பினும், எனக்கு வயற்று வலி, இரத்த கசிவு, மலசிக்கல், வாந்தி, தலைவலி, நெஞ்சு வலி, பக்கவாதம் போன்றவை நிகழ்ந்தால் உடனடியாக எனது மருத்துவரையோ, ஒரு பொது மருத்துவமனையையோ அணுகவேன். இந்த நிகழ்வின் விவரங்களை எனது கண் மருத்துவருக்கும் விரைவில் தெரியப்படுத்துவேன்.

வேறு உடல் அறுவை சிகிச்சைகள் தேவைப்படும் நேரத்தில், அந்த மருத்துவரிடம் நான் நிறுத்தப்பட வேண்டிய ஒரு மருந்தை எடுத்துவருவதை தெரிவிப்பேன்.

தகவலறிந்து அறிவிக்கும் ஒப்புதல் சான்று (Informed Consent of the Patient)

மேற்கூறிய விளக்கம் எனக்கு / என்னால் வாசிக்கப்பட்டது. என் கண்களின் தன்மை எனக்கும் என் உடனிருப்பவர்களுக்கும் விளக்கப்பட்டுள்ளது. திட்டமிடப்பட்ட லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசி சிகிச்சை விளக்கப்பட்டது. நான் லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசியின் அபாயங்கள், நன்மைகள், மாற்று சிகிச்சைகள் மற்றும் சிகிச்சையின் வரம்புகள் பற்றி கலந்துரையாடியுள்ளேன். எனது மற்றும் என் உடனிருப்பவர்களின் கேள்விகளையும் சந்தேகங்களையும் கேட்பதற்கு வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது.

எனது மற்றும் எங்களின் கேள்விகளுக்கு கண் மருத்துவரால் முழுமையாக திருப்திகரமான விளக்கங்கள் அளிக்கப்பட்டன.

கண்ணுக்குள் நுண்ணுயிர் தோற்று ஏற்படுத்தல் (Infection/Endophthalmitis), பார்வையில் முன்னேற்றம் ஏற்படாமல் இருத்தல் (Guarded Visual Prognosis), பார்வையை தக்க வைக்க மீண்டும் பல முறை இதே கண்ணிற்கு ஊசி செலுத்தவேண்டியிருத்தல் (Repeated Injections) இந்த சிகிச்சை முறையின் குறைபாடுகள் என அறிந்து லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசிக்கு சம்மதிக்கிறேன்.

மருத்துவர் கூறிய அபாயங்களை ஏற்று, எனது கண் நோய்க்கு லுசென்டிஸ் (Lucentis®) கண் சிகிச்சை எடுத்துக்கொள்ள விரும்புகிறேன். இதன் மூலம் எனது கண் மருத்துவர் என் பாதிக்கப்பட்ட கண்ணில் தேவைக்கேற்ப லுசென்டிஸ் (Lucentis®) கண் ஊசி செலுத்த அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.

நோயாளி/பெற்றோர்/பாதுகாவலரின் கையொப்பம்/கட்டைவிரல்பதிவு:.....
 பெயர்:.....உறவு.....தேதி.....முகவரி:.....தொலைபேசி
 (அலு).....(வீடு).....(கைபேசி).....

கண் மருத்துவரின் மூலப் பிரகடனம் (Doctor's Declaration)

நிகழ்த்தவிருக்கும் லுசென்டிஸ் (Lucentis®) ஊசி சிகிச்சையின் இயற்கை, தன்மை மற்றும் விளைவுகளை நோயாளிக்கும் அவர் உடனிருப்பவர்களுக்கும் தெளிவாக விளக்கியுள்ளேன். குறிப்பாக அபாயங்களை பற்றி விளக்கியுள்ளேன். இந்த சிகிச்சை முறையைப் பற்றி நோயாளிக்கு இருக்கும் கேள்விகளை அவர் கேட்க வாய்ப்பளித்துள்ளேன். அந்த கேள்விகளுக்கு விடையும் அளித்துள்ளேன்..

மருத்துவரின் கையெழுத்து
 மருத்துவரின் பெயர்
 தேதி

சாட்சி 1
 கையொப்பம்:
 பெயர்:.....
 முகவரி:
 தொலைபேசி
 கைபேசி.....

சாட்சி 2
 கையொப்பம்:.....
 பெயர்:.....
 முகவரி:.....
 தொலைபேசி:.....
 கைபேசி.....