

## ஒளித்துணைமவியல் பண்டுவம் (ஃபோட்டோடைனமிக் தெரபி) (PDT)

### நோயாளியின் தரவு

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

### மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

### நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

என் (நோயாளியின் பெயர் ..... ) வலது / இடது / இரண்டு கண்ணில் விழித்திரை மையப்பகுதியான மாகுளா (தெளிவான மையப் பார்வைக்கான விழித்திரையின் முக்கிய பகுதி மாகுளா [Macula]) வயது சம்மந்தமான மாகுளா சீரழிவு, அதிகப்படியான கிட்டப்பார்வை ..... போன்ற நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளது என்று அறிகிறேன். அதற்கு நான் டாக்டர்..... எனது வலது / இடது கண்ணில் உள்ள மாகுளாவின் மாற்றங்களுக்கு ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (Photodynamic Therapy [PDT]) அளிக்க ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (Photodynamic Therapy [PDT]) என்பது ஒரு வகை சீரொளி (லேசர்) சிகிச்சையாகும். இது விழித்திரையின் அடியில் வளரும் புதிய இரத்தநாளங்களின் சிகிச்சைக்காக வடிவமைக்கப்பட்டுள்ளது. அதிலும் குறிப்பாக விழித்திரையில் மையப்பகுதியான மாகுளா அல்லது போவியாவின் அடியில் பரவும் இரத்தநாளங்களுக்கு உகந்தது. இந்த புதிய நாளங்கள் உருவாக பொதுவான காரணங்கள் i) வயது சம்மந்தமான மாகுளா சீரழிவு ii) கிட்டப்பார்வை, iii) கண்ணின் உள் அழற்சி மற்றும் iv) சில காரணம் அறியப்படாத நோய்கள். TTT சில கட்டிகளின் சிகிச்சையிலும் பயன்படுத்தப்படுகிறது.

போவியா என்பது முக்கியமான மைய பார்வைக்கான விழித்திரையின் பகுதி. இதில்தான் எழுதபடிக்கும் பார்வை மட்டும் வண்ணப்பார்வை கிடைக்கிறது. நோயுண்டாக்கும் புதிய இரத்தநாளங்கள் இந்த

போவியாவை பாதிக்காமல் விலகியிருந்தால், அவற்றை சீரொளி (லேசர்/laser) சிகிச்சையின் மூலம் அழித்துவிடலாம். சீரொளி சிகிச்சையில், அடியில் இருக்கும் புதிய இரத்தநாளங்களுடன், அதற்கு மேல் இருக்கும் விழித்திரையின் செயல்பாடும் அழிந்துவிடும். ஆகவே, இந்த சிகிச்சையை மையப்பகுதியான போவியாவில் கொடுக்க இயலாது. இந்த முக்கியமான பகுதியில் புதிய இரத்தநாளங்களை அழிக்கவும், அதே சமயம் விழித்திரையில் பார்வைத்திறனை அதிகம் பாதிக்காமலும் இருக்க சில சிகிச்சை முறைகள் ஆராயப்பட்டுள்ளன.

1) அறுவை சிகிச்சை

2) ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (PDT) :

3) கண் பாப்பா வழியாக நடத்தப்படும் வெப்ப சிகிச்சை (Transpupillary Thermotherapy [TTT])

4) கதிர்வீச்சு

5) ஆஞ்சியோஜெனிக் எதிர்ப்பு மருந்துகள்.

1. அறுவைசிகிச்சை: இதன் முடிவுகள் சிறந்த பார்வையை வழங்கவில்லை. ஏனெனில், வயது சம்மந்தமான மாகுளார் சீரழிவு போன்ற நோய்களில் சிக்கலை உண்டாக்கும் மெல்லிய திசுவை அறுவை சிகிச்சையில் அகற்றும் பொழுது, பார்வைக்காக முக்கியமாக செயல்படும் விழித்திரை நிறமி அணுக்களும் அழிந்துவிடுகின்றன. பக்க விளைவுகள் நிகழ்ந்தால், இருக்கும் பார்வையும் குறைத்துவிடலாம்.

2. ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (PDT): வெர்டெபோர்ஃபின் "விசுடைன்" (Verteporfin [Visudyne]) எனப்படும் சாயம் கையில் உள்ள நரம்புக்குள் செலுத்தப்பட்டு, கண்ணின் மேல் ஒரு காண்டாக்ட் லென்ஸ் வைக்கப்பட்டு, புதிய இரத்தநாளங்கள் வளர்ந்த பகுதிக்கு சிறப்பு சீரொளி (லேசர்) சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. சிகிச்சைக்குப் பிறகு முழு உடலையும், சூரிய ஒளி மற்றும் வலுவான ஒளியிலிருந்தும் பாதுகாக்க வேண்டும்.

சிகிச்சைக்காக உங்கள் கண்ணைத் தயாரிக்கப் பயன்படுத்தப்படும் சொட்டுகள் காரணமாக சிகிச்சைக்குப் பிறகு சில மணிநேரங்களுக்கு, உங்களுக்கு மங்கலான பார்வை இருக்கும். உங்கள் கண்களை

வெளிச்சத்திலிருந்து பாதுகாக்க இருண்ட கண் கண்ணாடிகளை அணிய வேண்டும். இந்த நேரத்தில் நீங்கள் எந்த வாகனத்தையும் ஓட்டக்கூடாது.

சிகிச்சைக்குப் பிறகு, சிகிச்சையின் பலனை கண்காணிக்கவும், நோயின் நிலையில் ஏதேனும் மாற்றங்களைக் கண்டறியவும் அவ்வப்போது மறுபரிசீலனை செய்வது அவசியம். அவ்வாறு செய்யும் பொழுது, விழித்திரையில், மேலும் சிகிச்சை தேவைப்படும் அறிகுறிகளை கண்டறியலாம். இந்த லேசர் சிகிச்சைக்குப் பிறகு, மருத்துவர் கூறிய கால இடைவேளைகளில், தாமதிக்காமல், மீண்டும் வந்து மருத்துவரை சந்தித்து ஆலோசனை பெறுவது நோயாளியான எனது கடமை என்று உணர்கிறேன்.

3. கதிர்வீச்சு - இந்த சிகிச்சைமுறையிலும் முடிவுகள் மிகச்சிறப்பாக இல்லை.

4. ஆஞ்சியோஜெனிக் எதிர்ப்பு மருந்துகள் :- இந்த சிகிச்சைமுறையிலும் முடிவுகள் மிகச்சிறப்பாக இல்லை.

5. கண் பாப்பா வழியாக நடத்தப்படும் வெப்ப சிகிச்சை (Transpupillary Thermotherapy [TTT]): புதிய இரத்தநாளங்கள் உள்ள பகுதியில், அதிக அளவிலான மற்றும் குறைந்த ஆற்றலுடன் கூடிய 810 nm டையோடு லேசர் பயன்படுத்தப்படுகிறது. சிகிச்சை முடிவுகள் ஊக்கமளிக்கின்றன.

இந்தஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் (Photodynamic Therapy [PDT]) சிகிச்சையை நீங்கள் கட்டாயம் செய்துகொள்ள வேண்டியதில்லை. சிகிச்சை இல்லாமல் இருப்பின், உங்கள் கண் நோயின் மாற்றங்களை தொடர்ந்து உங்கள் மருத்துவ குழு கண்காணிக்க வேண்டும். அதற்கு நீங்கள் குறிப்பிட்ட கால இடைவேளையில் கண் பரிசோதனைகளை மீண்டும் செய்துகொள்ள வேண்டும்.

இந்த நடைமுறையின் தன்மை மற்றும் நோக்கம், இதில் உள்ள அபாயங்கள், மாற்று வழிகள் மற்றும் சாத்தியமான சிக்கல்கள் என் மருத்துவரால் எனக்கு விளக்கப்பட்டது. எனது எல்லா கேள்விகளும் கேட்க வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது, அவைகளுக்கு திருப்திகரமாக பதிலளிக்கப்பட்டுள்ளன. இவை அனைத்தும் எனக்கு புரியும் மொழியில் விளக்கப்பட்டுள்ளது.

## தனிப்பட்ட அபாயங்கள்

இந்த ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (Photodynamic Therapy [PDT]) செய்வதில் பின்வருபவை எனது தனிப்பட்ட சூழ்நிலைக்கு சாத்தியமான குறிப்பிடத்தக்க அபாயங்கள் மற்றும் சிக்கல்கள் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டேன்

## நோயாளியின் அறிவிப்பு

கண் மருத்துவக் குழுவைச் சேர்ந்த மருத்துவர்கள் ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (Photodynamic Therapy [PDT]) பற்றியும் அதற்க்கு மாற்று சிகிச்சைகள் பற்றியும் விளக்கியுள்ளனர். இதைப்பற்றிய எனது கேள்விகளை கேட்க வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது. எனது கேள்விகளுக்கு திருப்திகரமான பதில்களும் அளிக்கப்பட்டன.

இந்த ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (Photodynamic Therapy [PDT]) எனக்கும் எனது கண்ணிற்கும் ஏற்படக்கூடும் அபாயங்கள் பற்றி மருத்துவர் மற்றும் அவரது குழுவிடம் கலந்துரையாடியுள்ளேன்.

சிறப்பு அறுவை சிகிச்சை நிபுணரைத் தவிர வேறு ஒரு மருத்துவர் இந்த சிகிச்சையை செய்யலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் சிகிச்சை (Photodynamic Therapy [PDT]) வெற்றிகரமாக இருக்கும் என்று எனக்கு எந்த உத்தரவாதமும் கிடைக்கவில்லை.

என்னுடன் வீட்டிற்கு எடுத்துச் செல்ல இந்தப் படிவத்தின் நகலைப் பெற்றுள்ளேன்.

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

## மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் ஒளியைக்கொண்டு திறன்மற்றும் (Photodynamic Therapy [PDT]) சிகிச்சையின் தன்மை, எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவுகளை மற்றும் அதன் அபாயங்களை நோயாளியிடம் தெளிவாக விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் நோயாளிக்கு சந்தேகங்களையும் கேள்விகளையும் கேட்க வாய்ப்பு கொடுத்துள்ளேன். அவற்றிற்கு நான் அவருக்கு புரியும்படி திருப்தியான பதில்களும் அளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து .....  
 மருத்துவரின் பெயர் .....  
 தேதி .....

சாட்சி 1	சாட்சி 2
கையொப்பம்: .....	கையொப்பம்: .....
பெயர்:.....	பெயர்:.....
முகவரி: .....	முகவரி: .....
தொலைபேசி .....	தொலைபேசி:.....
கைபேசி.....	கைபேசி .....