



# Gözün Acil Hastalıkları

Dr. Füsun SAYEK

Göz Hastalıkları Uzmanı - Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

*Bu yazıda gözde karşılaşılan acil durumların, tanı ve tedavilerine değinilecek, en önemlisi de hastayı göz hastalıkları uzmanına gönderme endikasyonları belirtilecektir.*

Göz ve hastalıkları tıp fakültesi yıllarında daha çok teorik bir eğitimle öğretilir. Bu eğitimin süresi kısa, öğrenci sayısı çok, pratik eğitimi de bu nedenlerle güç olduğundan yeni mezun genç hekim göz hastası ile karşılaştığında tedirgindir. Bu tedirginliği özellikle yakın çevrede danışacak uzman yoksa daha fazladır. Belki o durumda genç hekimin en çok bilmek istediği hastaya ne yapması kadar, hangi durumda uzmana göndermesi gerektiğidir. Bu yazıda gözde karşılaşılan acil durumların, tanı ve tedavilerine değinilecek, en önemlisi de hastayı göz hastalıkları uzmanına gönderme endikasyonları belirtilecektir.

Taniya varmak için gerekli yöntem ve gereçler :

Göz hastalıkları ile ilgili "hikaye almak" bazı özellikler gösterir. Ek olarak sorulması gereken sorular vardır. Örneğin göze kaçan bir yabancı cismin belirlenebilmesi için çekiç kullanılıp kullanılmadığının bilinmesi, kaynak yapılırken bakılıp bakılmadığı, allerji olup olmadığı gibi. Bu konuda hastalıklara ilişkin özgün sorular her hastalık verilirken ayrıca belirtilecektir.

Hastanın muayenesine geçmeden önce bir sıra izleyerek göz ve çevresindeki oluşumlar incelenmelidir. Bu sıra kapaklar, orbita kemikleri, konjunktiva, kornea, ön kamera, iris, pupilla gibi olursa ve her sefer aynı sıra izlenirse, bazı belirtilerin gözden kaçmaması sağlanmış olur.

Muayene mutlaka görmenin saptanması ile başlamalıdır. Erişkin hastalarda, zaman zaman çok kabaca yapılabilsede hasta parmak sayabiliyor mu, bir cismi görme alanının her tarafında algılayabiliyor mu diye bakılmalıdır. Çocuklarda bu muayene daha zor olmakla birlikte sağlam olduğu düşünülen gözün kapatılması diğer gözün görmediği durumlarda aşırı huzursuzluk vereceğinden görme muayenesinde kaba bir test olarak kullanılabilir. Muayene sırasında kuvvetli bir ışık kaynağı gerekir. Kalem şeklindeki ışıklar bu amaca uygun olup, ışık yandan göze düşürülerek kullanılır. Yine, muayene sırasında gerekebilecek büyütme için kırtasiyecilerde satılan büyüteçler yararlı olur.

Oftalmoskop bugün yalnız göz doktorunun değil hasta ile karşılaşan her doktorun kullanması gereken bir araçtır. Oftalmoskopi sırasında retinanın "kırmızı refle"sinin alınması optik sistemin saydam olduğunun bir belirtisi olduğundan çok önemlidir. Fundusun iyi görülebilmesi pupillanın küçük olması nedeniyle mümkün değilse midriyatiklerle dilatasyon sağlanabilir. Ancak pupilla genişletilmeden önce glokom ile ilgili kişisel veya aile hikayesi olup olmadığı sorulmalı ve ön kamaranın genişliğine bakılmalıdır. Şüpheli durumda pupillanın genişletilmesinden vazgeçilmelidir.

Korneanın muayenesi için göze flnoresein damlatmak gerekebilir. flnoreseinin göz yaşı ile akmayıp kornea üzerinde sabit olarak gözlenmesi mavi ışığa gerek olmadan da bir epitel harabiyetinin belirtisi olabilir.

Muayene ve tedavi için gerekli diğer aletler ise, steril (varsa dispozabl) iğneler, ucuna pamuk sarılmış kürdanlar, cımbız, steril serum fizyolojik, sıvı seti, gözü kapamak için rondel, flaster ve yine muayene için bir kapak ekartörüdür.

### TANI VE TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İLAÇLAR :

Ağrıyı keserek hem hastayı rahatlatan, hem de daha iyi bir muayene olanağı sağlayan lokal anestetikler hazır preparat olarak ülkemizde yoktur. Hatırlatmak güç olacağından aynı amaçla antibiyotik ve ayrıca tetracaine HCl içeren "Optha" isimli ilaç kullanılabilir. (Yalnız, tanı ve çok kısa süreli rahatlık sağlama amacıyla kullanılmasına özen gösterilmelidir. Uzun kullanım kornea epitel bozukluğu yapabilir.)

Pupillayı genişletmemiz gereken durumlarda kullanmak üzere "Siklomid damla" bulundurulmalıdır.

Eğer çevrede 24 saat hizmet verebilecek bir eczane olanağı yoksa yukarıdaki ilaçlara ek olarak antibiyotikli damla ve pomadlar (örneğin, terramisin, kemisetin pomadları, gantrisin, rifosin damlaları), geniş spektrumlu bir antibiyotik (örneğin alfasillin), lokal steroidli damla ve pomadlar (örneğin onadron, deksamisin) ve ayrıca Diazomid ve gliserol de her an yanımızda bulunmalıdır.

### MUAYENE YÖNTEMİ :

Hastayı muayene ederken doktor hastanın sorunu olan gözü tarafında oturur veya ayakta durur. Tedavi yapılırken hasta yatırılıp başı üzerindeki bir cisme bakması sağlanır. Çocuklar bazen umulmadık biçimde rahat bir muayene olanağı verirler. Eğer yine de iyi bir muayene olanaksız ise ve durum acil ise sedasyon yapılabilir. (IM Diazem bu iş için uygundur.) Çocukların muayenesinde tüm vücudu çarşafa sararak, bir kişinin başı kulaklar bölgesinden sabitleştirmesi hekime çok yardımcı olur. Bazan göz kapaklarını rahatça açıp bulbusu görmek güç olabilir, bu durumlarda anestetik damlatıldıktan sonra kapak aralayıcısı (ekartör) koymak gereklidir. Göze kaçan kireç, çimento gibi yabancı cisimlerin kolay çıkarılması için serum fizyolojik ile bol yıkama gerekir ve ucuna sıvı seti takılmış bir serum fizyolojik şişesi bu durum için çok uygundur.

### ÖZEL UYARILAR

— Korneadan yabancı cisim çıkarmak gibi çok duyarlı tedavileri çok ajite kişilerde ve çocuklarda uygulamamalı, bu durumda sedasyon mutlaka sağlanmalıdır.

— Zorunlu kullanımı dışında lokal steroidlerden kaçınılmalıdır. (Gözde Herpes varsa aktive eder.)

— Ağrılı kornea hastalıklarında anestetik damlaların fazla kullanılmasından kaçınılmalıdır. (İyileşmeyi geciktireceği için)

— Glokom şüphesi olanlarda midriyatik damlalar damlatılmamalıdır.

### GÖZ YARALANMALARI :

**Kum ve çimento:** Lokal anestetik damlatıldıktan sonra, gözü bol Serum fizyolojik (SF) ile yıkayarak, konjunktiva kıvrımları arasına giren parçacıkları iyice temizlemek için pamuk uçlu kürdan kullanılmalıdır.

**Yanıklar:** Göze büyük zarar verecek kadar fazla olabildiği gibi çok hafif de olabilir. Tüm acil tedavi korneanın korunmasına yöneliktir. Antibiyotikli pomad koyulup hasta ileri değerlendirme için göz doktoruna gönderilmelidir.

**Kimyasal Travma :** Bu konuda en önemli ve tehlikeli olan alkali (örneğin sönmemiş kireç) yanıklardır. Bu tür yanıklarda ilk dakikalar çok önem taşır. Göze bir kimyasal madde girmesi durumunda göz hemen ve çok iyi yıkanmalıdır. Gerekirse baş su dolu bir kaba sokularak göz kapakları suda açılmalı ve tüm bulbusun yıkanması sağlanmalıdır. Lokal anestetikli damla bu yoğun yıkama işlemini, ağrıyı azaltacağından kolaylaştırabilir. Eğer hastayı çok acil olarak hastaneye göndermek mümkün olamıyorsa, irrigasyondan sonra göze antibiyotikli pomad ve midriyatik konmalıdır. Hastaya analjezik yapmak da gerekebilir. Bu işlemlerden sonra mutlaka kişiyi bir göz doktoruna gönderme olanağı sağlanmalıdır.

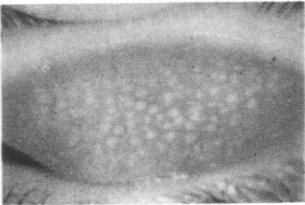
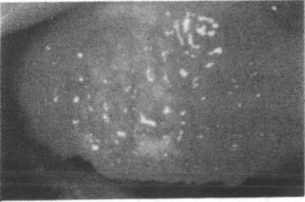
**MOR GÖZ :** Göz çevresinin morarması her zaman hayati oluşumlarda önemli bir tahribat var demek değildir. Ancak şu durumlar bilinmelidir :

a) Hasta görebiliyor mu? (Bunu açığa çıkarmak için gerekirse kapaklar parmakla açılmalı ve parmak saydırılmalıdır.)

b) Göz küresi sağlam mıdır ? Bunun için kornea bütünlüğüne bakılmalı, ön kamarada derinliği gözlenmeli, ön kamarada kan olup olmadığı (hifema) belirlenmelidir. Pupilla diğer gözdeki ile karşılaştırılmalı ve ışığa tepkisine bakılmalıdır. Pupilladan "kırmızı refle" nin olup olmadığı araştırılmalıdır. Olmaması optik sistemin, özellikle vitreus kısmında bir hemoraji olduğunu gösterir.

*Göze bir kimyasal madde girmesi durumunda göz hemen ve çok iyi yıkanmalıdır. Gerekirse su dolu bir kaba sokularak göz kapakları suda açılmalı ve tüm bulbusun yıkanması sağlanmalıdır.*

## toplum ve hekim



Vernal konjonktivitis

c) Gözün durumu ve hareketleri incelenmelidir. Göz küresinin diğerine göre önde olması (ekzoftalmüs, protrüsyon) gözarkasına bir hemoraji olduğunu düşündürür. Göz geriye gitmiş ise (enoftalmus) orbita kemiklerinde bir kırıktan şüphelenmelidir. Bu durum ayrıca göz hareketlerinde kısıtlılık, ağrı ve çift görmeye de neden olur.

d) Orbita kemiklerinin kenarları palpe edilmelidir.

Yapılacaklar: Orbita grafisi mutlaka çekilmelidir. Kırık var ise hasta göz veya KBB doktoruna gönderilmelidir.

### Kapak altında yabancı cisim:

Böyle bir yabancı cismin varlığı genellikle hikayeden belirlenir. Bir cisim göze girmiştir, dışarıdan görülmemekte ancak kapak altında hissedilmektedir. Hasta çok rahatsızdır, göz aşırı sulanmakta ve batmaktadır.

Yapılacaklar : Hastaya aşağıya bakması söylenir, kirpiklerinden tutularak göz kağı çevrilir. (kibrit çöpü yardımı gerekebilir) Yabancı cisim tars konjunktivasında görülür, parmak ucu veya kürdan ile çıkarılır. Göze antibiyotikli pomad konulur.

### Korneada yabancı cisim:

Çok ağrılıdır. Hasta gözüne açamaz ve genellikle bir metal parçası kaçması gibi bir hikaye verir. Işık düşürüldüğünde yabancı cisim korneada görülür.

### Yapılacaklar:

2-3 defa lokal anestetik damlatılır. Hasta yatırılır, gözlerini bir noktaya fikse etmesi söylenir. Bir elle kapaklar sıkıca tutulur, yabancı cisim bir steril iğne ile çıkarılır. Eğer olay uzun bir süre önce olmuşsa metalik yabancı cismin etrafından pas oluşabilir. Pas çıkarılmaya çalışılmamalı, çok fazla ise hasta bir göz doktoruna gönderilmelidir. Bazen de bir-iki gün sonra pası çıkarmak daha kolay olabilir. Yabancı cisim eğer çok yüzeyde ise ve kolay çıkarılmışsa, gözü kapamak veya hastayı kontrol etmek gerekmez. Yalnız antibiyotikli pomad yeterli olur. Eğer göz rahatsız ise midriyatik damla damlatılabilir. Yabancı cisim çıkarıldıktan sonra geniş bir krater kalmışsa göz bir-iki gün antibiyotikli pomadlarla kapatılmalı ve iyileşmeyi gözlemek için hasta sıkı bir şekilde kontrol edilmelidir. (Özellikle lezyon korneanın santral kısmında ise.) Burada gözü kapama şeklinden biraz söz etmeliyiz. Kornea epitelinde ağrılı bir lezyon var ise, bu epitel defektin daha kolay kapanması ve hastanın daha rahat etmesi için göz kapatılır. Ancak kapama hastaya, özellikle araba kullanıyorsa çok rahatsızlık vereceği gibi, iyi uygulanmaz ise yararlı olmaktan çok zararlıdır. Çoğunlukla gözü kapamadan hastayı evine göndermek ve gözlerini kapalı tutarsa daha çabuk iyileşeceğini söylemek yerinde ve yeterli olur. Yabancı cisim çıkarıldıktan sonra antibiyotikli pomad konup eğer kapama karar verilmişse yukarıda gösterildiği gibi bandaj yapılmalıdır.

### Kornea epitelinin zedelenmeleri :

Çok ağrılı olan bu durum kontakt lenslerin çok uzun süre takılması sonrası olduğu gibi korneaya parmak ya da bir cismin değmesi ile de olur. Çok fazla göz sulanması ve ağrı nedeniyle muayene için anestetik damlatmak gerekebilir. Zedelenmenin boyutunu görmekte ise fluoresein damlası yararlıdır. Tedavisi kornea yabancı cisminin çıkarılması sonrası uygulama gibidir. İyi bir kapama yapıp, antibiyotik pomad uygulanırsa genellikle 48 saat içinde defekt kapanır. Sistemik analjezik gerekebilir.

Tekrarlayıcı (rekürren) erozyonlar: Daha önce olan ve iyileşen bir kornea lezyonundaki yeni epitelin, yeterli olmayan göz yaşı sekresyonu sonucu tekrar kalkması ile olur ve herhangi bir kornea erozyonu gibi tedavi edilir.

### Yüzeysel keratit (Kaynak veya ultraviyole lambasına bağlı) :

Bu durumun tanısında hikâye yeterlidir. Lamba veya kaynağa maruz kaldıktan birkaç saat sonra aşırı sulanma ve fotofobi (ışık duyarlılığı) görülür. Korneaya fluoresein damlatıldığında nokta şeklinde epitel defektleri vardır.

Yapılacaklar: Ağrıyı gidermek için lokal anestetik damlatılır. Antibiyotikli pomadın çok sık uygulanması, ve gözler kapalı istirahat edilmesi önerilir. Sistemik analjezik gerekebilir. 12 saat içinde iyileşme görülür.

### KESİLER

**Kapak kesileri:** En ciddi olanlar üst kapakta ve altta kanaliküle yakın olanlardır. Bu bölgelerin dışında da kapaklar sütüre edilirken dokular çok iyi karşı karşıya getirilmeli, konjunktiva, tars ve cild ayrı ayrı sütüre edilmelidir.

**Konjunktiva kesileri:** Genellikle tek başına olduğunda çok önemli değildir. Ancak çok büyük olanlar sütüre edilmelidir. Antibiyotikli pomad ve kapama ile kendiliğinden iyileşir.

**Kornea ve sklera:** Bu oluşumların kesilmesi göz içi dokularının dışarı çıkmasına neden olur.

Yapılacak işlem: Hastayı göz doktoru olan bir hastaneye göndermektir.

**İris yaralanması:** Sfinkter yırtıldığında pupillada şekil bozukluğu veya tam dilatasyon vardır. Kornea ve sklerada olduğu gibi, göz kapatılıp, herhangi bir ilaç konulmadan hasta göz doktoruna gönderilmelidir.

**Lens travması:** Katarakt veya lüksasyon şeklinde olabilir. Hasta göz doktoruna gönderilmelidir.

**Vitreus kanaması:**

Kısmi veya tam olabilir. Bir travmadan sonra, bazan ön kamara hemorajisi ile birlikte olup, pupilladan "kırmızı refle" nin alınmaması ile tanı konulur.

Yapılacaklar: Hasta istirahat ettirilir ve rezorbe olmazsa ve görme düşükse göz doktoruna gönderilir, vitrektomi gerekebilir.

**Retina kanaması (Commotio retina):**

Ödem (beyaz bir alan) veya kanama şeklinde görülür. Eğer maküla tutulmuşsa görme çok düşüktür. Bu hastalar mutlak istirahate alınmalı ve bir süre sonra göz doktoruna gönderilmelidir.

**Retina Dekolmanı:**

Travma sonrası ve özellikle yüksek miyoplarda sık görülür. Esas belirtisi artan bir görme alanı defektidir. Dekole olan retina bölgesinin karşı tarafında görme alanı kaybı vardır.

Yapılacaklar: Hasta çok acil olarak dekolman cerrahisi ile uğraşan bir kliniğe gönderilmelidir.

**Göz içi yabancı cisim:** Göz çok sakin bile olsa hikayeden soruşturularak bu durumdan şüphelenilmeli ve TUM GÖZ YARALANMALARINDA röntgen çekilmelidir. Hasta acilen göz doktoruna gönderilmelidir.

#### ENFLAMASYONLAR :

**Kapaklarda:** Hordeolum (arpacık): Sıcak pansuman ve lokal antibiyotik pomad çoğunlukla yeterlidir. Çok büyük ise sistemik antibiyotik eklenmeli, çok sık çıkıyorsa hastanın idrarı şeker için kontrol edilmelidir.

**Şalazyon:** Kapakta yuvarlak, muntazam kenarlı bir kitle şeklindedir. Akut iltihabi durum geçtikten sonra kürete etmek gerekir.

**Sellülit:** Arpacık sonrası olabildiği gibi herhangi bir nedene bağlı olmadan da görülür. Bu bölge verileri kavernoöz sinüse olduğundan çok dikkatli tedavi edilmelidir. Göz kapaklarında yaygın bir şişlik vardır. Dokunmakla ağrı olur, ateş de görülebilir.

Yapılacaklar: Yüksek dozda sistemik antibiyotik gereklidir.

**Dakriyosistit:** Genellikle gözde aşırı yaşarma hikayesi vardır ve bu göz yaşı kanalında bir tıkanıklığı gösterir. Bu tıkanıklık zaman zaman iltihaplanmaya neden olabilir. Burun kökünde ağrı ve şişlik vardır ve basmakla punktumdan pü gelir. Genellikle bebeklerde ve yaşlılarda görülür.

Yapılacaklar: Dikkatli olarak kese bölgesine basarak, iltihap boşaltılır. Sistemik antibiyotik verilir, abse drene edilmez. (Drenaj hastanın daha sonra olabileceği ameliyat şansını ortadan kaldırır)

#### ALLERJİ :

**Kapakta:** Genellikle iyatrojeniktir ve atropin ve antibiyotikler sorumludur. Cilt kırmızıdır, kaşınır ve kıvrımları artmıştır.

Yapılacaklar: Tedavi kesilir. Lokal steroid pomadı ve eğer ağrırsa sistemik antihistaminikler verilir.

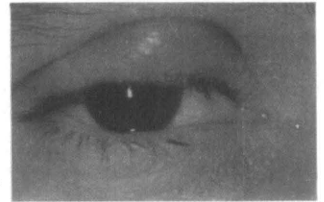
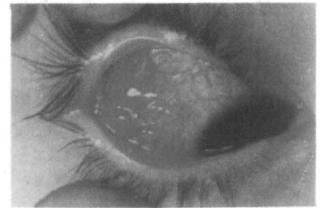
**Konjunktivada:** Hızlı ve fazla bir kemozis (konjunktivanın şişmesi) vardır. Hasta atopik bir kişidir, polen veya diğer bir allerjene karşılaşmıştır.

Yapılacaklar: Saat başı steroid damla, soğuk kompres ve sistemik antihistaminik verilir.

#### Konjunktivitler:

Belirtileri konjunktivada kırmızılık, sekresyon, az olarak ağrı ancak bunlarla birlikte görme bozukluğu olmamasıdır. Çoğunlukla bakteriyeldir. Bazı mevsimlerde viral olanlar görülür ve eğer viral orijinli ise çok bulaşıcıdır. Hastalar genel temizlik kuralları açısından uyarılmalıdırlar. (Havluların birlikte kullanılmaması gibi) Ayrıca halen endemic olduğu bölgelerde trahomdan şüphelenilmeli, belirtileri görüldüğünde gerekli özgül tedavi başlanmalıdır.

Tedavi: Antibiyotikli damla ve pomadlardır. Eğer konjunktivit ağır ise damlalar saat başı kullanılmalıdır. Çabuk düzelmeyen durumlarda tedavinin eksik uygulandığı



*Dakrioadenitis: Akut dönemi ve şalazyon.*





*Herpes simplex keratiti*

düşünülmelidir. Hastalar bu konuda uyarılmalı ve tedaviyi eksiksiz yapmaları sağlanmalıdır. Antibiyotikli pomadlar görmeyi bozduklarından yalnız gece yatarken kullanılmalıdır. Gözün kapatılması gerekli değildir.

### **Keratit ve Kornea Ülserleri:**

Kornea atake olduğunda olaya şiddetli ağrı da eklenir.

### **Lagoftalmik Keratit:**

Kapakların korneayı örtmemesi sonucu olur. Genellikle komadaki hastalarda, tiroid ekzoftalmüsü ve fasyal paralizisi olanlarda görülür. Göz çok kırmızıdır.

Tedavi: Pomadlar çok sıklıkla konulmalı, gerekirse tarsorafı için hasta göz doktoruna gönderilmelidir.

### **Herpes Simplex Keratiti:**

Gözde bir süreden beri (haftalar olabilir) devam eden sulanma, ışığa aşırı duyarlılık, kızarma hikayesi vardır. Hastanın dudaklarında uçuk olabilir. Fluoresein damlatıldığında kuru dal şeklinde epitel defekti görülür. Tedavide zovirax pomadından günde birkaç defa kullanılması önerilir. Gözün kapatılması ve eğer ağrı çok ise midriyatik damlatılması gerekir. En önemli hatırlanacak nokta bu hastalara lokal steroid verilmesi gereğidir. Eğer yanlılıkla steroid verilmişse artacak olan keratitin debridman, kiryoterapi gibi tedavilerinin uygulanabilmesi için hasta göz doktoruna gönderilmelidir.

**Enfekte Korneal Ülser:** Göz içine yayılmasını önlemek için çok acil tedavi gereken bir durumdur. Bir yabancı cismin korneaya girdiği yerde veya korneanın açık kalmasına bağlı gelişen kornea ülseri sonrası görülür. Korneada sınırları belli, sarımsı beyaz bir plak vardır. Göz çok kırmızıdır ve bu kırmızılık özellikle korneanın yakın çevresindedir. Ön kamarada pü (hipopiyon) olabilir.

Tedaviye başlamadan önce mümkünse kültür alınmalı ve eğer göz bölümü olan bir hastane uzakta ise hemen antibiyotik tedavisi başlanılmalıdır. Sistemik olarak maksimum dozda verilen antibiyotik her yarım saatte damlatılacak lokal antibiyotikle desteklenmelidir. Pupilla, midriyatikler çok sık damlatılarak genişletilmelidir. (Pupilla tam dilate olana kadar her 15 dakikada bir olmak üzere. Ancak eğer iris arkadan lense yapışmış ise pupillanın genişlemeyebileceği hatırlanmalıdır) Hastaya bu tedavi başladıktan sonra bir göz doktoru tarafından konjunktiva altı antibiyotik yapılması gerekir.

**İridosiklit:** İrisin akut iltihapları genellikle bir sistemik hastalığa bağlı olur. (Spondilit gibi) Tekrarlayan enfeksiyonlar komplikasyon yapar. Hiç bir neden olmadan oluşan ağrı, gözde kırmızılık, ışık duyarlılığı iritisin belirtileridir. Görme genellikle normaldir. Ancak ağır vakalarda düşmüş olabilir. Çok yakından muayene, kornea altında iltihabi hücre birikintileri olan keratik presipitelerin görülmesini sağlar. Pupilla çoğunlukla normal, ufak ya da irregülerdir. Ön kamara normal derinlikte olup, görülmesi çok güç olan iltihabi hücreleri içerir. Acil olarak tedavisinde: pupilla midriyatiklerle genişletilip, sıcak pansuman ve saat başı steroid damlaları başlanarak hasta göz doktoruna gönderilir.

### **GLOKOM:**

Acil olanı göz içi basıncının ani yükselmesi yani akut açı kapanması glokomudur. Göz içi sıvısının ön kamara açısının dar olması nedeniyle gözü terkedememesi sonucu olur. Ön kamara dardır. Bu, tanı için en önemli belirtidir. İris ve pupilla hemen korneanın arkasında görülür. Aile hikayesi olanlarda, hipermetropalarda ve yaşlılarda daha çok rastlanır. Gözde ağrı, korneada ödem (kornea bulanık görülür), bu nedenle oluşan görme düşüklüğü, pupillanın orta derecede dilate olup ışığa cevap vermemesi ve palpe edildiğinde göz küresinin sert bulunması bulgularıdır.

Tedavisinde ilk bir saat içinde her 5 dakikada bir olmak üzere miyotik damlalar (pilokarsol) kullanılır. Ayrıca ağızdan iki tablet diazomid verilmelidir. Bu acil tedaviden sonra hasta bir göz doktoruna gönderilmelidir. Ancak göz doktoru çok yakında değilse pilokarsol her iki saatte bir ve diazomid her dört saatte olmak üzere verilmeli ve en kısa sürede göz doktoruna gidilmesi önerilmelidir. Acil ameliyat gereklidir. Hastaya ayrıca kuvvetli bir analjezik verilmelidir.

### **DAMARLARI İLGİLENDİREN ACİL DURUMLAR:**

**Subkonjunktival kanama:** Travmatik veya spontan olabilir. Kan basıncı ölçülmeli, idrar muayenesi (glükozüri için) yapılmalıdır. Eğer sık sık oluyorsa hematolojik araştırmalar da yapılması gerekir.

**"Gözde uçuşanlar":** Aniden oluşan şekiller ve siyah noktalar kişiler için çok rahatsız edici ve endişe vericidirler. Bu vitreus opasiteleri küçük kanamalar sonucu olur, oftalmoskopi sırasında opak farkedilirler. Çoğunlukla vitreus dekolmanı ile birlikte de olabilen bu belirtiyeye ışık çakmaları da eklenirse, retinada yırtık araştırılmak üzere hasta göz doktoruna gönderilmelidir.

**Vitreus içine kanama:** Diabet gibi sistemik hastalıklara bağlı olarak olabildiği gibi travma sonrası da görülür. Görme kaybına neden olur. Pupilladan kırmızı refle alınmaz. Hasta istirahate alınıp daha sonra göz doktoruna gönderilmelidir.

#### **Santral Retinal Arter Tıkanıklığı:**

Ağrısız, ani görme kaybı en önemli bulgusudur. Arteriyoskerozu olan kişilerde daha çok görülür. Işık reaksiyonu yoktur. Retina çok soluk görülür. Buna karşılık maküla kırmızıdır. Tedavide ilk saat çok önemlidir. Bulbusa kuvvetli bir masaj yapılması, bu arada ağızdan diazomid verilmesi, olay emboliye bağlı ise embolinin periferine atılmasını sağlayacağı için görmenin düzelmesine neden olur. Çoğunlukla hasta bu dönem geçtikten sonra görüldüğü için görmenin geriye dönmesi güçtür. Ancak diğer gözde oluşabilecek aynı türde bir patolojiyi önleyebilmek açısından sistemik araştırma için hasta göz doktoruna gönderilmelidir.

Bu hastalar baş ağrısından da yakınıyorlarsa ve yaşlı iseler temporal arterit yönünden de araştırılmalıdırlar. Temporal arteritte kanda sedimantasyon aşırı yüksektir ve yüksek doz steroidler diğer gözün korunmasını sağlayabilir.

**Santral retinal ven tıkanıklığı:** Görme kaybı dışında bir belirtisi yoktur, bu belirti de genellikle sağlam gözün tesadüfen kapatılması ile farkedilir. Retinada bol miktarda mum alevi şeklinde kanamalar vardır. Venler çok dolgundur. Bazan da retinanın yalnız bir bölümünü tutar. (Genellikle üst temporalı) hasta sistemik hipertansiyon yönünden araştırılmalı ve özellikle maküler bölge tutulmuşsa ödem tedavisi için hasta göz doktoruna gönderilmelidir. Bu hastalarda geç dönemlerde sekonder glokom gelişebileceği unutulmamalıdır.

#### **NÖRO OFTALMOLOJİ İLE İLGİLİ ACİLLER:**

**Homonium hemianopi:** Her iki gözün görme alanlarının yarısının kaybolduğu durumları hastalar bazan tek gözde görme kaybı olarak algılayabilirler. Konfrontasyon yöntemi ile görme alanının muayenesi yapılarak bu durum gösterilir. Görme alanı defektinin ters tarafındaki serebral hemisferde bir defektten şüphelenilmelidir. Nörolojik muayene gereklidir.

**Kortikal Körlük:** Bu ender görülen patoloji genellikle vertebro baziller yetmezlik sonucu olur. Gözle ilgili bir patoloji yoktur ancak hasta görememektedir. Genellikle de tedavisi mümkün değildir, hasta araştırılmak üzere nöroloğa gönderilmelidir.

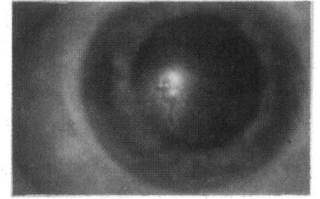
**Amorozis Fugax:** Bir gözde, kısmi veya tam görme kaybı olup, bu durumun birkaç saniye ya da dakika sürmesidir. Bazan bu ataklar sırasında o gözün karşı tarafındaki vücut bölgesinde nörolojik belirtiler de görülebilir. Karotid yetmezliği sonucu olur. Boyunda karotidin palpasyonunda pulsasyon azalmıştır ve stetoskop ile dinlendiğinde üfürüm duyulur. Kalıcı bozukluğun önlenmesi için karotid cerrahisi gerekebilir. Hasta nöroloğa gönderilmelidir.

#### **Çift Görme:**

Göz dışı kasların dengelerinin bozulması sonucu olur. III., IV., ve VI. sinirlerin paralizileri, tek başlarına olabildiği gibi diğer nörolojik belirtilerle de görülebilir. Bu defektler geçici de olabilir. Çift görme çok rahatsız edici ise bir göz kapatılabilir. Kan basıncı ve idrar muayenesi, mutlaka yapılmalıdır. Etyolojik araştırma gerekir.

**Optik Nevrit:** Genellikle genç erişkinlerde görülür, tek taraflı ağır görme kaybı vardır. Pupillanın ışık reaksiyonu zayıftır, santral veya parasantral görme alanı defekti ve renkli görmeye bozukluk vardır. Sistemik araştırma yapılmalıdır.

**Similasyon:** Bu en son tanı olmalıdır. Genellikle doğrulamak güçtür ve oftalmolog ya da nörologdan yardım istenmelidir. Gözler normal görünüştedir, pupillanın ışık reaksiyonu normaldir ve eğer görmemezlik tek gözde ise hasta ancak yanıtılarak similasyon açığa çıkarılabilir.



*Massif coğrafik korneal ülser*

#### **KAYNAKLAR**

- Easty, DL.: Infections of the Eye  
The Practitioner (224), 593, (1980)*  
*Duane, TD.: Clinical Ophthalmology  
Harper — Row Pub. Inc. Philadelphia, 1976*  
*Chandler — Grant.: Glaucoma  
Lea — Febinger Philadelphia, 1979*  
*Richards, BA.: Ocular Emergencies  
Smith — Nephew (1980)*