



Anna-Maria Kubin

LT, kliininen opettaja,
silmätautien erikoislääkäri

Nina Hautala

professori, ylilääkäri

Oulun yliopisto, Pedego-
tutkimusyksikkö,
silmätaudit ja Oys,
silmätaudit

Häiriö näkökentässä – missä syy?

- Häiriö näkökentässä voi olla merkki silmä- tai yleissairaudesta tai lääkkeen haittavaikutuksesta.
- Näköhäiriö voi olla ohimenevä tai pysyvä, tois- tai molemminpuolinen. Se voi ilmaantua äkillisesti, vähitellen tai hitaasti vuosien aikana.
- Joskus näköhäiriö johtuu näkemisen epätarkkuudesta tai ikääntymiseen liittyvistä fysiologisista ilmiöistä.
- Huolellinen anamneesi sekä näöntarkkuuden, näkökentän ja silmien tutkiminen yleislääkärin vastaanotolla on oleellista. Erityisesti päivystyksellistä ja kiireellistä hoitoa edellyttävien tilanteiden tunnistaminen on tärkeää.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Plant GT. Visual disturbances. *Medicine* 2008;36:520–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2008.08.001>
- 2 Elkington AR, Khaw PT. ABC of eyes. Acute visual disturbance. *BMJ* 1988;297:279–83. doi: 10.1136/bmj.296.6639.1787
- 3 Hayreh SS. Ocular vascular occlusive disorders: natural history of visual outcome. *Prog Retin Eye Res* 2014;41:1–25.
- 4 Har-Shai Y, Gil T, Metanes I, Scheffan M. Brow lift for the correction of visual field impairment. *Aesthet Surg J* 2008;28(5):512–7.
- 5 Toosy AT, Mason DF, Miller DH. Optic neuritis. *Lancet Neurol* 2014;13(1):83–99.
- 6 Murtha T, Stasheff SF. Visual dysfunction in retinal and optic nerve disease. *Neurol Clin* 2003;21(2):445–81.
- 7 De Smit E, O'Sullivan E, Mackey DA, Hewitt AW. Giant cell arteritis: ophthalmic manifestations of a systemic disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2016;254(12):2291–306.
- 8 Soriano A, Muratore F, Pipitone N, Boiardi L, Cimino L, Salvarani C. Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis. *Nat Rev Rheumatol* 2017;13(8):476–84.
- 9 Valleala H, Petterson T. Jättisluarteriitin kehittyvä diagnostiikka ja hoito. *Duodecim* 2022;138:1173–9.
- 10 Hupp SL, Kline LB, Corbett JJ. Visual disturbances of migraine. *Surv Ophthalmol* 1989;33(4):221–36.

NÄKÖHÄIRIÖ voi olla potilaalle pelottava oire. Äkillisen näköhäiriön syyt ovat moninaisia, ja usein taustalta löytyy jokin silmäsairaus (1). Kyseessä voi olla myös yleissairauden tai lääkityksen aiheuttama silmään tai näkökykyyn kohdistuva haitta.

Yleislääkärin vastaanotolla voi hyvällä anamneesilla ja perustutkimuksilla selvittää näköhäiriön taustaa ja arvioida lisätutkimusten tarpeen ja kiireellisyyden.

Anamneesi ja kliininen tutkimus

Näköhäiriö voi olla oireena epäspesifinen. Huolellinen anamneesi on tutkimuksen lähtökohta. Siinä tulee selvittää, onko kyseessä yhden vai kummankin silmän oire ja mitä potilas kokee, mullaan näköoireella tarkoittaa: näön heikentymistä, puutosta näkökentässä vai muuta näkemisen häiriötä. Oireen alkamisen nopeus, eteneminen ja näköhäiriöön liittyvät muut silmä- ja yleisoireet tulee selvittää, samoin trauma-anamneesi, perussairaudet ja lääkitykset (taulukko 1).

Huolellinen anamneesi on tutkimuksen lähtökohta.

Kliinisessä tutkimuksessa selvitetään, onko poikkeavia löydöksiä toisessa vai kummassakin silmässä. Näköhäiriöitä valittavan potilaan näöntarkkuus tutkitaan kaukolaseilla kumpikin silmä erikseen. Näköhäiriön taustaa voidaan tarkentaa lisätutkimuksilla (taulukko 2). Jatko-

tutkimusten kiireellisyyteen vaikuttavia tekijöitä on koottu taulukkoon (taulukko 3).

Häiriö keskeisessä näkökentässä – syy lasiaisen tai keskeisen verkkokalvon alueella?

Lasiaisen takakalvon irtoamista verkkokalvon pinnasta voidaan pitää ikääntymiseen liittyvänä fysiologisena ilmiönä, joskin sitä provosoivat silmään kohdistuvat tylpät vammat, kaatuminen, voimakas liikittaisuus ja silmäleikkaukset. Lasiaisen irtauma voi aiheuttaa näkökenttään valonvälähdyksiä sekä staattisia tai liikkuvia pistemäisiä tai rihmamaisia samentumia. Silmälääkärin suorittama tarkempi tutkimus on tarpeen verkkokalvovierekien tai -irtauman selvittämiseksi, jos valonvälähdykset lisääntyvät tai jos näkökenttään ilmaantuu verkkokalvon irtoamiseen sopiva tumma, usein näkökentän reunoilta keskeimmälle laajeneva puutos (2).

Verenvuoto lasiaiseen aiheuttaa näkökenttään nokisademaisen näköhäiriön. Pitkittyessään se voi aiheuttaa näön heikentymisen ja laajan näkökenttäpuutoksen. Lasiaisveren-
vuodon taustalla voi olla verkkokalvon repeämä tai irtauma. Diabetesta sairastavalla henkilöllä taustalla on useimmiten pitkälle edenneeseen retinopatiaan liittyvien uudisverisuonten tihkuminen; keskeisen näkökentän sumeus ja näön nopea heikkeneminen voivat johtua myös diabeettiseen makulopatiaan liittyvästä verkkokalvon keskialueen turvotuksesta. Lähetä jatkotutkimuksiin ja silmälääkärin arvioon on tarpeen, mikäli potilaalla esiintyy näitä näköoireita tai pitkäkestoista näön heikkenemistä. Diabetesta sairastavalla verensokeritason vaih-

Viittaus:

Suom Lääkäril 2022;77:e33848



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tuunos

TAULUKKO 1.

Anamnestisia kysymyksiä näköhäiriön syiden selvittämiseksi

Anamneesi	Tarkentavia kysymyksiä
Milloin näköhäiriö alkoi?	Oliko oireen alkua äkillinen (sekunneissa, minuuteissa, tunneissa)? Alkoiko oire vähitellen päivien, viikkojen vai kuukausien kuluessa? Onko oire ilmaantunut hitaasti vuosien aikana?
Miten havaitsit näköhäiriön?	Havaitsitko oireen vahingossa peitettyäsi toisen silmän? Onko silmälasilla vaikutusta oireen esiintymiseen? Milloin käytössä olevien silmälasien voimakkuus on tarkistettu?
Esiintyykö oire yhdessä vai molemmissa silmässä?	Onko näköhäiriö samanlainen kummassakin silmässä?
Miten kuvailet näköhäiriötä?	Onko kyseessä näön heikentyminen? Korjautuuko se silmälasilla? Onko koko näkökenttä pimeä vai esiintyykö näköhäiriö vain tietyssä näkökentän osassa? Onko näköhäiriö paikallaan pysyvä vai liikkuva? Oliko näköhäiriö ohimenevä? Kuinka kauan oire kesti? Palautuiko näkö kokonaan oireen jälkeen? Onko näköhäiriö pysyvä? Onko oirekuva alun jälkeen pahentunut, pysynyt ennallaan vai helpottanut?
Onko vastaavanlaista näköhäiriötä esiintynyt aikaisemmin?	Minkälaisia perussairauksia on todettu? Mitä lääkkeitä on käytössä?
Onko edeltävästi silmään tai päähän kohdistuvia vammoja?	
Liittykö näköhäiriöön muita silmäoireita?	Onko kaksoiskuvia? Onko suurissa viivoissa, esimerkiksi sälekaihtimissa, ovenpielissä tai ruutupaperin ruudukossa, viivojen mutkitteluja? Onko näkökentässä salamointia tai varjostumaa?
Liittykö näköhäiriöön muita oireita tai muutoksia yleisvoinnissa?	Onko silmien liikutteluarkuutta, päänsärkyä, leukakipua, kuumeilua?

11 Kim JS. Symptoms of transient ischemic attack. *Front Neurol Neurosci* 2014;33:82–102. <http://dx.doi.org/10.1159/000351905>

12 Saarela M, Putaala J, Koroknay-Pal P ym. Ohimenevä toisen silmän näköhäiriö vaatii valppautta. *Duodecim* 2012;128:2569–73.

13 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositusten päivitystiivistelmä. *Duodecim* 2011;127:500–1.

14 Agarwal A, Kedar S. Prognosis and treatment of visual field defects. *Semin Neurol* 2015;35(5):549–56.

15 Fadzli F, Ramli N, Ramli NM. MRI of optic tract lesions: review and correlation with visual field defects. *Clin Radiol* 2013;68(10):e538–51.

teluihin liittyy usein ohimenevää näön vaihtelua, joka korjautuu glukoositasapainon korjautuessa.

Erityisesti vanhuksilla päivien tai viikkojen aikana ilmaantuneet muutokset keskeisen näkökentän alueella voivat johtua silmänpohjan kosteasta ikärappeumasta. Siinä verkkokalvon keskialueen turvotus tai verenvuodot heikentävät keskeistä näköä ja voivat aiheuttaa myös viivojen vääristymiä. Ikärappeuma voi ilmaantua kumpaankin tai vain toiseen silmään, jolloin diagnoosi voi viivästyä paremmin näkevän silmän kompensoidessa sairastuneen silmän heikentyntä näkökykyä ja keskeistä näköhäiriötä. Kosteaa ikärappeumaa epäiltäessä potilas tulee lähettää kiireellisesti silmä lääkäriille ikärappeuman hoidon aloittamista varten. Yleislääkärin vastaanotollakin voidaan viivojen vääristymät havaita helposti ja nopeasti Amslerin testin (www.silmasairaudet.fi /Amslerin testi) tai ruutupaperin avulla.

Myös muut keskeisen verkkokalvon sairaudet, kuten makulan ryppykalvo ja makulan reikä, voivat vaikuttaa keskeiseen näköön. Makulan ryppykalvo on usein oireeton, mutta osalla potilaista esiintyy näön heikentymistä ja viivojen vääristymiä. Lasiaskalvon kiinnittyminen tiukasti verkkokalvon keskelle voi aiheuttaa

TAULUKKO 2.

Näköhäiriön selvittämiseksi tehtäviä silmätutkimuksia

Näöntarkkuus potilaan omilla kaukolaseilla, kumpikin silmä erikseen	Silmien välinen ero näöntarkkuudessa Joskus heikentyneen näön taustalla on korjaamaton taitevirhe
Inspektio	Luomet, niiden asento ja symmetria Side- ja sarveiskalvo Fluoreseivärjäys ja tarkastelu sinivalolla
Silmänpaineen mittaus	Äkillisesti noussut silmänpaine voi aiheuttaa sarveiskalvon turvotusta ja heikentää näköä Hoitamaton glaukooma voi aiheuttaa vaurion näkökenttään
Mustuaiset	Mustuaisen symmetrisyys ja reaktio valoon
Näkökenttä sormiperimetrialla	Kumpikin silmä erikseen Saadaan esiin mahdollinen näkökentän kaventuminen ja erityisesti puolikenttäpuutokset
Keskeinen näkökenttä, Amslerin testi	Keskeisen näön puutokset, onko viivojen vääristymää
Silmien liikkeit, kaksoiskuvat, karsastus	Silmänliikuttajalihasen toiminta Mikäli kaksoiskuvia, tulevatko esiin molemmilla silmillä vai pelkästään toisella silmällä katsottaessa Karsastuksen tutkiminen peittokokeella
Punaheijaste oftalmoskoopilla	Silmän taiteavien väliaineiden tila Normaali punaheijaste on oranssinpunainen ja tasainen Esiintyykö puutoksia tai varjoja (millaisia)
Silmänpohjan tutkiminen oftalmoskoopilla	Mustuaisen laajennus, ellei vasta-aiheita (sulkukulmaglaukooma tai sen epäily, pään vamma tai muu epäily neurologisesta syystä) Lasiainen, näköhermon nysty, makula, verkkokalvo Silmien väliset puolierot

makulan reiän muodostumisen takalasiaisen irtoamisen yhteydessä, ja tästä voi aiheutua näkökenttään keskeinen puutosalue.

Laajempi häiriö näkökentässä – silmäperäinen syy?

Verkkokalvon valtimotukoksiin liittyy usein ensimmäisenä oireena nopea, kivuton näönmenetyks sekä osittainen tai täydellinen puutos kyseisen silmän näkökentässä (3). Valtimotukospotilas tulee lähettää päivityksellisesti jatkotutkimuksiin, koska tukos voi olla merkki laajemmasta vaskulaarisesta ongelmasta (sepelvaltimotauti, kaulavaltimoahtautumat, dissekaatio). Verkkokalvon laskimotukoksiin liittyvät oireet ovat yleensä valtimotukosta lievempiä. Laskimotukoksesta voi aiheutua turvotusta verkkokalvon keskialueelle, jolloin oireet muistuttavat ikärappeuman ja diabeettisen makulaturvotuksen oireita.

Verkkokalvon irtauma voi aiheuttaa näkökentän reunaosiin puutoksen, joka voi irtau-

TAULUKKO 3.
Jatkotutkimusten ja hoidon kiireellisyyden arviointiin vaikuttavia tekijöitä

Näköhäiriö	Todennäköinen diagnoosi	Lähetämisen kiireellisyys ja huomioitavaa
1–15 min kestäviä näönmenetyskohtauksia (amaurosis fugax)	TIA, jättisoluarteriitti suljettava pois	Päivystyslähete neurologille
Yleensä toisen silmän äkillinen kivuton näönmenetys sekuntien aikana, sektorimainen tai laajempi puutos näkökentässä	Verkkokalvon valtimotukos, jättisoluarteriitti suljettava pois	Päivystyslähete harkinnan mukaan neurologille tai silmälääkärille
Kaksoiskuvat, joihin liittyy äkillisesti laajentunut mustuainen ja riippuluomi	Epäily aneurysmasta	Päivystyslähete ensisijaisesti neurologille
Varjo näkökentässä, salamointi	Verkkokalvon irtauma	Päivystys- tai kiireellinen lähete silmälääkärille (konsultoi ensin)
Äkillinen, kivuton näön merkittävä heikkeneminen tuntien kuluessa	Verkkokalvon laskimotukos	Kiireellinen lähete silmälääkärille
Nokisade	Lasiasisverenvuoto	Kiireellinen lähete silmälääkärille
Liikkuvat lasiaissamentumat, pitkittynyt salamointi, heikentynyt näkö	Lasiasien irtauma	Kiireellinen lähete silmälääkärille oireisissa tapauksissa ja jos verkkokalvoirtauman riskitekijöitä (likitaitteisuus, edeltävä silmävamma, nuori ikä) Lieväoireisissa omaseuranta
Lähinäön heikentyminen päivien kuluessa, näkökentän keskellä sumea alue	Verkkokalvon keskeisen alueen turvotus (kosteaa ikärappeuma, diabeettinen makulaturvotus)	Lähete silmälääkärille lähiviikkojen aikana

man edetessä laajentua myös näkökentän keskelle. Voimakas likitaitteisuus, silmäleikkaukset ja silmään kohdistuvat vammat lisäävät riskiä verkkokalvon irtaumalle. Verkkokalvoirtauma epäiltäessä potilas tulee lähettää viiveettä silmälääkärille.

Joissain tapauksissa näkökentän reunaosien kaventumisen taustalla voi olla mekaaninen näkemisen este: lippaluomet tai ptoosiin liittyvä yläluomen ja kulmakarvan roikkuminen voivat rajoittaa näkökenttää sivusuunnasta ja ylhäältä. Nämä muutokset ovat yleensä kirurgisesti korjattavissa (4). Jos kuitenkin ptoosiin liittyy samanaikaisesti kaksoiskuvia tai laajentunut mustuainen, potilas tulee lähettää päivystyksellisesti jatkotutkimuksiin.

Harvinaisia syitä näkökenttäpuutoksiin ovat silmänsisäiset kasvaimet, tyypillisimmin melanooma tai muun kasvaimen etäpesäke.

Näköhermon sairaus näköoireen taustalla

Glaukooman aiheuttama puutos näkökenttään ilmaantuu yleensä hitaasti vuosien kuluessa. Puutos alkaa salakavalasti näkökentän reunalta, josta potilaan on sitä vaikea huomata. Vasta pitkälle edenneessä glaukoomassa näkökenttä muuttuu putkimaiseksi, jolloin jäljellä on enää kapea alue näkökentän keskellä, vaikka keskeinen näöntarkkuus saattaa olla vielä hyvä. Glau-

koomaa epäiltäessä potilas tulee lähettää silmälääkärin tarkempiin tutkimuksiin. On syytä muistaa, että potilas voi sairastaa glaukoomaa, vaikka silmänpaine ei olisikaan koholla.

Näköhermon tulehdukseen eli optikusneuriittiin liittyy päivien kuluessa ilmaantuvan keskeisen kenttäpuutoksen lisäksi usein näöntarkkuuden heikentyminen, värinäön heikkeneminen ja silmän liikkutteluarkuus (4–6). Potilaat ovat tyypillisesti nuoria tai keski-ikäisiä, ja naisilla sairaus on yleisempi kuin miehillä. Näköhermon tulehduksella on spontaani paranemistaipumus, mutta joskus voidaan harkita suuriannoksista kortisonihoitoa. Neurologin konsultaatio on aiheellinen, koska noin viidenneksellä sairaus on yhteydessä MS-tautiin.

Jättisoluarteriitin mahdollisuus tulee muistaa näköhäiriön aiheuttajana erityisesti yli 50-vuotiailla potilailla. Näköhermon iskemian seurauksena 10–30%:lla potilaista ilmenee ohimeneviä näönmenetyskohtauksia. Iske-miasta voi nopeasti seurata myös pysyvä näönmenetys, jota noin puolella edeltää ohimenevä näönmenetyskohtaus. Siksi myös ohimennyt oire vaatii valppautta. Silmänliikuttajalihasten tai liikuttajalihaksia hermottavan aivohermon iskemia voi aiheuttaa kaksoiskuvia. Jättisoluarteriittiin voi liittyä edeltävien viikkojen tai kuu-kausien ajan ruokahaluttomuutta, päänsärkyä, päänahan tai ohimoiden arkuutta, leukakipua, lievää kuumeilua ja laihtumista. Varhainen diagnoosi ja viiveetön hoito suuriannoksisella kortikosteroidilla on tärkeää, sillä hoitamattomana sairaus voi johtaa toisen tai kummankin silmän pysyvään näönmenetykseen (7,8). Ohimovaltimon dopplerkaikukuvauksesta on tullut keskeinen kuvantamismenetelmä epäiltäessä jättisoluarteriittia. Mikäli siinä todetaan tyypillinen löydös, voidaan diagnoosi asettaa ilman ohimovaltimobiopsiaa (9).

Kiireellistä hoitoa vaativien näköoireiden tunnistaminen on tärkeää.

Ei-valtimoperäinen anteriorinen iskeeminen optikusneuropatia on yli 50-vuotiaiden jättisoluarteriittia yleisempi näköhermosairaus, jonka oirekuva (äkillinen, kivuton näönmenetys tuntien tai päivien aikana) muistuttaa jättisoluarteriittia. Sille altistavat arterioskleroosi, hyperlipidemia ja yöaikainen verenpaineen lasku. Erotusdiagnostisesti tila on tärkeä erottaa vakavasta näköä uhkaavasta jättisoluarteriitista.

SIDONNAISUDET

Anna-Maria Kubin, Nina Hautala:
Ei sidonnaisuuksia.

Kohonnut kallonsisäinen paine voi aiheuttaa kummankin näköhermon nystyn turpoamisen ja sokeiden pisteiden suurentumisen näkökentässä. Staasipapillat voivat alkuvaiheessa aiheuttaa potilaalle ohimenevää näön hämärtymistä, vaikka näkö voi olla muuten hyvä. Tila edellyttää aina jatkotutkimuksia taustalla olevan sairauden selvittämiseksi.

Syy silmän ulkopuolella?

Migreeniin voi liittyä näkökentän supistuminen reunoista kohti keskeistä näkökenttää, näön tavallisesti ohimenevä pimeneminen sekä sahalaitakuviainen valoilmiö. Nämä voivat esiintyä yhdessä tyypillisen päänsärkyoireen kanssa tai itsenäisinä oireina (10).

Osa oireista on vaarattomia eikä lisätutkimuksia tarvita.

Verkkokalvon verenkiertohäiriöstä johtuva iskemia (TIA) aiheuttaa ohimenevän yhden silmän näön huomattavan heikentymisen tai sokeuden (amaurosis fugax), jonka kesto on yleensä 2–15 minuuttia (11). Taustalla on tavallisimmin kaulavaltimoperäinen tai etäämmällä syntynyt embolus. TIA-potilailla on suuri aivoinfarktiriski, ja siksi akuutti oire edellyttää neurologin päivystyksellisiä jatkotutkimuksia (12,13).

Äkillisen toispuolisen näkökenttäpuutoksen voi aiheuttaa vastakkaisella puolella oleva takaraivolohkon verenkiertohäiriö (aivoinfarkti tai harvemmin aivoverenvuoto). Keskeinen näöntarkkuus voi säilyä hyvänä, vaikka puolet kummankin silmän näkökentästä puuttuisi (homonyymi hemianopsia). Potilas voi kuvata oireeksi toisen silmän näön menetyksen tai näkemisen sekavuuden ja lukemisen haasteet rivin toisen pään hävitessä (14). Näköhäiriö voi olla aivoinfarktin ainoa oire, mutta potilailla on usein myös vaihtelevia neurologisia oireita infarktin laajuuden mukaan. Pelkästään näköoirein ilmentyneen aivoinfarktin hoidon aloitus

voi viivästyä, jos potilas ei hakeudu hoitoon riittävän nopeasti. Joskus myös terveydenhuollon henkilöstöllä voi olla vaikeuksia tunnistaa aivoverenkiertohäiriö näköoireen taustalla. Suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että näköoirein ilmenneeseen aivoinfarktiin sairastuneista 21 % tuli hoitoon liuotushoidon aikaikkunassa ja 7 % sai liuotuksen (13).

Useat silmän ulkopuoliset sairaudet, kuten verenkiertohäiriöt ja kasvaimet näköradan varrella, voivat vaurioittaa näkörataa ja aiheuttaa erityyppisiä näkökenttäpuutoksia. Näkökenttäpuutosten laajuus ja ilmenemisen nopeus määräytyvät aiheuttajasta. Verenkiertohäiriön aiheuttama iskemia aiheuttaa nopeasti ilmenevät näköoireen, kun taas kasvaimen aiheuttamasta näköhermokompressiosta johtuva näköoire ilmenee hitaasti kuukausien tai vuosien kuluessa. Näköhermoon kohdistuva kompressio aiheuttaa oireita saman puolen silmän näkökenttään (unilateraalinen näkökenttäpuutos). Näköhermoristeyksen (kiasman) kompressio, kuten hypofyysin kasvain, aiheuttaa tyypillisesti näkökenttäpuutoksen kummankin silmän ohimonpuoleiseen näkökenttään (bitemporaalinen hemianopsia). Kiasman takana sijaitseva näkörataa painava muutos aiheuttaa näkökenttäpuutoksen molempien silmien näkökenttään vaurion vastakkaiselle puolelle (15).

Lopuksi

Häiriö näkökenttään voi ilmaantua äkillisesti, vähitellen tai hitaasti vuosien kuluessa. Luonteeltaan näköhäiriö voi olla hetkellinen ja ohimenevä tai aiheuttaa eriasteisia pysyviä muutoksia näkemiseen ja näkökenttään. Osa oireista on vaarattomia eivätkä edellytä lisätutkimuksia tai hoitoa. Kuitenkin näkökenttään ilmaantuvan häiriön taustalta voi löytyä hoitoa vaativa silmä- tai systeemisairaus.

Epävarmassa tilanteessa kannattaa konsultoida herkästi silmälääkärinä. Erikoissairaanhoidon yksikössä tehtäviä jatkotutkimuksia ja kiireellistä hoitoa vaativien näköoireiden tunnistaminen on tärkeää. Kattavat anamnestiset tiedot ja näköhäiriöisen potilaan huolellinen kliininen tutkiminen ovat tässä avainasemassa. ●