

آنچه در اینجا آورده می‌شود، خلاصه‌ای از معیارهای راهنمای الگوی ارجح طبابت است که آکادمی چشم پزشکی آمریکا پیشنهاد کرده است. مجموعه رهنمودها، بر پایه سه اصل نوشته شده است:

- هر یک از رهنمودهای الگوی ارجح طبابت باید از لحاظ بالینی کاملاً مرتبط با موضوع و اختصاصی باشد تا بتواند برای پزشک اطلاعات قابل استفاده و مفیدی فراهم کند.
 - باید به هر یک از راهکارهای توصیه‌شده، یک رتبه واضح و مشخص اختصاص داده شود که بیانگر میزان اهمیت آن در فرایند مراقبت از بیمار باشد.
 - همچنین باید به هر یک از راهکارهای توصیه شده، یک رتبه واضح و مشخص اختصاص داده شود که با انعکاس بهترین شواهد موجود، بیانگر میزان قدرت شواهدی باشد که از آن راهکار حمایت می‌کنند.
- رهنمودهای الگوی ارجح طبابت بالینی، صرفاً یک خط‌مشی کلی برای نحوه طبابت ارائه می‌دهد و خاص یک مورد نمی‌باشد. البته انتظار می‌رود که این رهنمودها به طورکلی توانایی برآورده کردن نیازهای اکثر بیماران را داشته باشد، اما لزوماً نمی‌تواند نیازهای تمام بیماران به بهترین شکل را برآورده کند. به علاوه پیروی کامل از این رهنمودها نمی‌تواند در تمامی شرایط دستیابی به نتیجه موفقیت‌آمیز را تضمین کند. این الگوها در برگیرنده کلیه روش‌های قابل استفاده برای

دستیابی به بهترین نتیجه نیست و امکان وجود روش‌های دیگر برای دستیابی به نتیجه مناسب را نمی‌کند. ممکن است لازم باشد که براساس نیازهای متفاوت بیماران، برخوردهای متفاوتی در نظر گرفته شود. در نهایت، قضاوت بالینی نهایی به عهده پزشک است که تشخیص دهد که برای هر بیمار و در هر شرایط خاص چه اقداماتی اولویت دارد. آکادمی چشم‌پزشکی آمریکا این آمادگی را دارد که برای حل مسائل اخلاق پزشکی که در مراحل مختلف طبابت اتفاق می‌افتد به اعضای خود کمک کند.

رهنمودهای الگوی ارجح طبابت، در واقع استانداردهای پزشکی نیستند که بتوان در هر شرایطی به آنها استناد کرد. آکادمی چشم‌پزشکی آمریکا مسئولیت آسیب‌های ناشی از قصور پزشکی را نمی‌پذیرد و از هر ادعا یا شکایتی که در اثر به‌کارگیری این توصیه‌ها ایجاد شود اعلام برائت می‌کند.

برای هر بیماری اصلی و مهم، توصیه‌هایی برای تمامی مراحل مراقبت از گرفتن شرح حال تا معاینات بالینی و تست‌های جانبی به طور خلاصه ارائه شده است و همچنین توصیه‌های عمده جهت مراقبت‌های درمانی و پیگیری و آموزش بیمار، وجود دارد. در مورد هر یک از راهکارهای ارجح طبابت، جستجوی کامل و جامعی در همه مقالات انگلیسی پایگاه‌های پاب‌مد (Pub Med) و کتابخانه کاکرین (Cochrane) انجام شده است، سپس نتایج توسط گروهی از متخصصین صاحب‌نظر، مرور شده و برای نگاشتن دستورالعمل‌ها به کار گرفته شده است. سپس هر یک

از این دستورالعمل‌ها در 2 مسیر مورد ارزیابی قرار گرفته و رتبه‌بندی شده است.

هر یک از این توصیه‌ها ابتدا بر مبنای میزان اهمیت کاربردی آن در فرآیند مراقبت از بیمار رتبه‌بندی شده است. رتبه «اهمیت در فرایند مراقبت»، نشان می‌دهد که هر اقدام مراقبتی از دیدگاه صاحب‌نظران تا چه حد در بهبود معنی‌دار کیفیت مراقبت از بیمار مؤثر است. بر این اساس رتبه اهمیت دارای 3 سطح است:

سطح الف- بالاترین اهمیت

سطح ب- اهمیت متوسط

سطح ج- مرتبط اما نه اساسی

علاوه بر این هر یک از این توصیه‌ها بر اساس قدرت شواهد پشتیبان موجود در متون نیز در سه سطح رتبه‌بندی شده است:

♦ سطح I - شامل شواهدی است که بر حداقل یک کارآزمایی مورد - شاهد تصادفی شده با طراحی و اجرای مناسب یا متاآنالیزهای حاصل از اینگونه مطالعات مبتنی باشد.

♦ سطح II - شامل شواهد بدست آمده از موارد ذیل است:

- کارآزمایی‌های غیرتصادفی دارای گروه شاهد، با طراحی خوب.

- مطالعات تحلیلی هم‌گروهی (کوهورت) یا مورد - شاهدی، با طراحی خوب، ترجیحاً چندمرکزی.

- گزارش‌های مبتنی بر سری بیماران (Case Series)،
با یا بدون مداخله بالینی.

♦ سطح III- شامل شواهد به دست آمده از:

- مطالعات توصیفی

- گزارش‌های موردی

- گزارش‌های حاصل از سازمانها / کمیته‌های
متخصصین (مثلا عقیده کلی اعضای پانل تدوین
راهنمای الگوی ارجح طبابت و نظریات افراد
هم‌سطح از خارج از گروه)

- الگوهای ارجح طبابت بالینی با هدف ارائه
راهکارهای مراقبت از بیمار با تأکید عمده
بر جنبه‌های تکنیکی، بنا شده است. برای
به‌کارگیری این اطلاعات، لازم و ضروری است که
توجه داشته باشیم که تعالی واقعی پزشکی
تنها وقتی میسر است که این مهارت‌ها به شکلی
به کار گرفته شوند که تأمین نیازهای بیمار
در اولویت قرار گیرد. آکادمی چشم پزشکی
آمریکا برای کمک به اعضای خود در حل مسائل
مبهم در زمینه اخلاق پزشکی آمادگی دارد
(آیین‌نامه اخلاقی آکادمی چشم پزشکی آمریکا).

جراحی کراتورفرکتیو (ارزیابی اولیه و پیگیری)

شرح حال اولیه

♦ وضعیت کنونی عملکرد بینایی [الف - III]

♦ سابقه مشکلات چشمی [الف - III]

♦ سابقه مشکلات سیستمیک [الف - III]

♦ سابقه مصرف داروها [الف - III]

معاینه فیزیکی اولیه

♦ حدت بینایی دور با و بدون اصلاح [الف - III]

♦ رفرکشن مانیفست و در صورت لزوم سیکلوپلژیک

رفرکشن [الف - III]

♦ توپوگرافی کامپیوتری قرنیه [الف - III]

♦ اندازه‌گیری ضخامت مرکز قرنیه [الف - III]

♦ بررسی لایه اشکی و سطح خارجی چشم [الف - III]

♦ بررسی هم‌راستایی و حرکات چشم‌ها [الف - III]

نحوه درمان

♦ قبل از معاینه و قبل از عمل باید استفاده از

لنزهای تماسی قطع گردد [الف - III].

♦ باید بیمار را از وجود روش‌های مختلف جراحی

رفرکتیو و درمان‌های جایگزین غیرجراحی و

مزایا و خطرات نسبی هر یک از این روش‌ها آگاه

کرد. [الف - III]

♦ رضایت‌نامه آگاهانه باید به ثبت برسد، باید

قبل از عمل به بیمار فرصت کافی داده شود تا

پاسخ همه سؤال‌های خود را دریافت کند. [الف -

III]

♦ قبل از انجام عمل جراحی دستگاه لیزر باید بررسی و کالیبره شود. [الف - III]

♦ جراح باید هویت بیمار و چشم کاندید عمل جراحی را بررسی کند و اطمینان حاصل نماید که پارامترها به درستی وارد کامپیوتر دستگاه لیزر شده باشد. [الف - III]

مراقبت بعد از عمل

♦ مسئولیت مراقبت و درمان‌های بعد از عمل با پزشک جراح است. [الف - III]

♦ در روش‌های تراش سطحی، توصیه می‌شود چشم در روز اول بعد از عمل و سپس هر 2 تا 3 روز یک بار معاینه گردد تا زمانی که ترمیم اپی‌تلیوم کامل شود. [الف - III]

♦ در لیزیک بدون عارضه، بیمار باید ظرف 36 ساعت اول پس از جراحی معاینه گردد و مجدداً بین 1 تا 4 هفته پس از عمل ویزیت شود. پس از آن نیز بسته به شرایط در صورت لزوم ویزیت‌ها تکرار می‌شود. [الف - III]

آموزش بیمار

خطرات و مزایای روش برنامه‌ریزی شده باید با بیمار مطرح گردد [الف - III]. محتوای این بحث باید این موارد را در بر بگیرد:

♦ محدوده نتایج انکساری مورد انتظار

♦ عیب انکساری باقیمانده

♦ احتمال نیاز به عینک برای دید نزدیک و یا دور بعد از عمل

- ◆ احتمال از دست دادن بهترین حدت بینایی اصلاح شده (BCVA)
- ◆ عوارض جانبی (به عنوان مثال، کراتیت میکروبی، کراتیت استریل، اکتازی قرنیه).
- ◆ تغییرات کیفیت بینایی که لزوماً با بررسی حدت بینایی قابل اندازه‌گیری نیست، از جمله خیرگی و اختلال عملکرد بینایی در محیط‌های کم‌نور.
- ◆ ایجاد یا تشدید مشکلات دید در شب (به عنوان مثال، هاله‌بینی و خیرگی)؛ این موضوع بخصوص در افراد مبتلا به درجات بالای آمتریوپی و افرادی که نیاز به عملکرد بینایی خیلی خوب در شرایط نور کم دارند، حائز اهمیت است.
- ◆ تأثیر جراحی رفرکتیو بر هم‌راستایی چشم‌ها.
- ◆ ایجاد یا بدتر شدن علائم خشکی چشم.
- ◆ سندرم خراش راجعه قرنیه.
- ◆ محدودیت‌های جراحی رفرکتیو قرنیه از جنبه اصلاح پیرچشمی و احتمال بالقوه کاهش دید نزدیک اصلاح نشده در اصلاح میوپی.
- ◆ مزایا و معایب منوویژن (برای بیمارانی که در سن پیرچشمی هستند).
- ◆ مزایا و معایب عمل جراحی استاندارد و روش‌های پیشرفته‌تر
- ◆ مزایا و معایب عمل جراحی همزمان هر دو چشم در مقایسه با عمل جراحی جداگانه هر چشم در یک روز متفاوت. از آنجا که ممکن است تا مدتی بعد از عمل جراحی کراتکتومی فوتورفرکتیو همزمان دو چشم، دید بیمار خوب نباشد باید به وی اطلاع داده شود که ممکن است برای هفته‌ها

نتواند فعالیت‌هایی مثل رانندگی را انجام دهد.

♦ امکان کاهش صحت محاسبات مربوط به لنز داخل چشمی در صورت نیاز به جراحی کاتاراکت

♦ برنامه مراقبت‌های پس از عمل (مشخص کردن برنامه مراقبتی و شخص مسئول)

برنامه‌ریزی مراقبت‌های بعد از عمل (مشخص‌کننده نحوه پیگیری و فرد یا افراد مسئول پیگیری).