

ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

Disclaimer:

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks 2013. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.

توضيح وتنصل:

هذه النشرة هي ترجمة لنشرة الأكاديمية الأميركية لطب العيون ذات العنوان "ملخص المعالم الرئيسية 2013". تعكس هذه النشرة الممارسة الحالية في الولايات المتحدة الأميركية عند تاريخ نشرها الأصلي من قبل الأكاديمية، وقد تتضمن بعض التعديلات التي تعكس الممارسات المحلية. لم تقوم الأكاديمية الأميركية لطب العيون بترجمة هذه النشرة إلى اللغة التي قدمت فيها وتتصل من أية مسؤولية من أي تعديلات، أو أخطاء، أو إغفالات، أو أي غلط ممكن في الترجمة. تقدم الأكاديمية الأميركية لطب العيون هذه النشرة لأهداف تعليمية فقط. ولم يقصد بها تقديم الأسلوب أو الإجراء الوحيد أو الأفضل في كل حالة، أو استبدال حكم الطبيب أو إعطاء نصيحة مخصصة في تدبير حالة. إن تضمين جميع الإستطببات، ومضادات الإستطببات، والتأثيرات الجانبية وبدائل أخرى لكل دواء أو علاج هي خارج نطاق هذه المنشورة. يجب التحقق من جميع المعلومات والتوصيات - قبل الاستعمال - مع المعلومات الحالية الموجودة والموضوعة في عبوة المنتج أو أي مصدر مستقل آخر، و تعتمد على ضوء حالة وتاريخ المريض. إن الأكاديمية تتصل بشكل خاص من أي أو كل الأضرار أو الأنيات أو الخسائر من أي نوع كانت، والنتيجة عن الإهمال أو غيره، وكذلك من كل الإدعاءات والمطالبات التي قد تنبثق عن استعمال أي من التوصيات أو المعلومات الأخرى الواردة في هذه النشرة.

جدول المحتويات

2.....	مقدمة.
	الزرق *
3.....	الزرق الأولي * مفتوح الزاوية (التقييم المبدي).....
4.....	الزرق الأولي مفتوح الزاوية (التقييم عند المتابعة).....
5.....	الشك بالزرق الأولي مفتوح الزاوية (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
6.....	الزرق الأولي مغلق الزاوية (التقييم المبدي والمعالجة).....
	الشبكية *
7.....	تنكس * اللطخة * المرتبط بالعمر (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
8.....	تنكس اللطخة المرتبط بالعمر (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
9.....	اعتلال الشبكية * السكري (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
10.....	اعتلال الشبكية السكري (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
11.....	ثقب اللطخة مجهول السبب (التقييم المبدي والمعالجة).....
12.....	انفصال الزجاجي * الخلفي، الشقوق الشبكية * والتكس الشبكي * (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	الساد * / القسم الأمامي
13.....	الساد (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	القرنية * / الأمراض الخارجية
14.....	التهاب القرنية الجرثومي * (التقييم المبدي).....
15.....	التهاب القرنية الجرثومي (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
16.....	التهاب حواف الأجفان * (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
17.....	التهابات الملتحمة * (التقييم المبدي).....
18.....	التهابات الملتحمة (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
19.....	بروز القرنية * (التقييم المبدي والمتابعة).....
20.....	وذمة * وكثافة * القرنية (التقييم المبدي).....
21.....	وذمة * وكثافة * القرنية (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
22.....	متلازمة * العين الجافة (التقييم المبدي).....
23.....	متلازمة العين الجافة (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
	طب العيون عند الأطفال / الحول *
24.....	الغمش * - العين الكسولة - (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
25.....	الحول الأنسي * (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
26.....	الحول الوحشي * (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	التدبير الإنكساري * / التداخل
27.....	الجراحة الإنكسارية القرنية (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	ملحقات خاصة بالترجمة
28.....	ملحق 1/ المرادفات الإنكليزية للتعبير والمصطلحات الواردة في الترجمة العربية.....
34.....	ملحق 2/ المختصرات الإنكليزية الواردة في النص.....
	* راجع الملحق 1/ في الصفحة 28 .

ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

مقدمة :

فيما يلي ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل لدى الأكاديمية الأمريكية لطب العيون. تمت كتابة سلسلة دليل نموذج الممارسة المفضل اعتماداً على ثلاثة مبادئ:

- يجب أن يكون كل نموذج وثيق الصلة بالناحية السريرية، كما يجب أن يكون محدداً بما يكفي ليزود الممارسين بمعلومات مفيدة.
- يجب إعطاء كل توصية تصنيفاً صريحاً يظهر أهميتها في عملية العناية بالمرضى.
- يجب إعطاء كل توصية تصنيفاً صريحاً يظهر قوة الدليل الذي يدعم هذه التوصية، ويعكس أفضل الأدلة المتوفرة.

تمثل نماذج الممارسة المفضلة مرشداً لأسلوب

الممارسة، ولا تنطبق على العناية بأفراد محددين.

وبينما يجب أن تلبي احتياجات معظم المرضى، فإنها لا يمكن أن تلبي احتياجات جميع المرضى بشكل كامل. إن الالتزام الكامل بهذه النماذج المفضلة في الممارسة قد لا يضمن نجاح النتائج في كل الحالات. ولا يمكن اعتبار هذه النماذج شاملة لكل أساليب العناية المناسبة، أو أنها تستبعد أساليب أخرى في العناية موجهة للحصول على أفضل النتائج. قد يكون من الضروري مقارنة الاحتياجات المختلفة للمرضى بطرائق مختلفة. يجب أن يقوم الطبيب بالحكم النهائي حول مدى ملائمة أسلوب العناية لمرضى معين على ضوء كل الظروف الخاصة بذلك المريض. إن الأكاديمية الأمريكية لطب العيون موجودة دوماً لمساعدة الأعضاء في معالجة الإشكاليات الأخلاقية التي قد تظهر في مجال الممارسة العينية.

إن المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة

المفضل® ليست معايير طبية مطلقة تنطبق على كل

الحالات. إن الأكاديمية تتصل بشكل خاص من أي أو كل

المسؤوليات الناجمة عن الأضرار أو الأذى أو الخسائر من أي نوع كانت، والناجمة عن الإهمال أو غيره، وكذلك من كل الإدعاءات والمطالبات التي قد تنبثق عن استعمال أي من التوصيات أو المعلومات الأخرى الواردة في هذا الملخص .

تم تلخيص التوصيات المتعلقة بعملية العناية والتي تتضمن القصة المرضية، والفحص الفيزيائي والفحوص المتممة لكل من الأمراض الرئيسية، إضافة للتوصيات الرئيسية في تدبير العناية والمتابعة، وتوعية وتعليم المريض. يواكب كلاً من المعالم الرئيسية إجراء بحث تفصيلي للمقالات الطبية في Pubmed ومكتبة Cochrane باللغة الإنكليزية. تتم مراجعة النتائج من قبل

هيئة خبراء تقوم باستعمالها لوضع التوصيات، والتي يتم تصنيفها بطريقتين.

قامت هيئة الخبراء في البداية بتصنيف كل توصية وفقاً لأهميتها بالنسبة لعملية الرعاية، يمثل تصنيف "الأهمية بالنسبة لعملية الرعاية"، العناية التي اعتقدت الهيئة أنها قد تحسن نوعية العناية بالمرضى بطريقة هادفة. يقسم تصنيف الأهمية لثلاثة مستويات:

• المستوى A: يعرف بأنه الأهم.

• المستوى B: يعرف بأنه معتدل الأهمية.

• المستوى C: يعرف بأنه ذو علاقة، ولكنه ليس أساسياً.

قامت الهيئة أيضاً بتصنيف كل توصية بناءً على قوة الأدلة في المقالات الطبية المتوفرة، والتي تدعم التوصية. يقسم " تصنيف قوة الدليل " أيضاً إلى ثلاثة مستويات:

• المستوى I: يتضمن دليل مأخوذ من تجربة واحدة على الأقل تم تصميمها وتنفيذها بشكل جيد، فيها عينة ذات توزيع عشوائي وذات شاهد*. وقد تشمل تحليلات (meta-analyses) للتجارب ذات العينة مع التوزيع العشوائي وذات الشاهد.

• المستوى II: يتضمن دليل مأخوذ مما يلي:

• تجارب ذات شاهد* مصممة بشكل جيد دون عينة ذات توزيع عشوائي.

• دراسات تحليلية* استباقية أو دراسات تحليلية رجعية لحالات سريرية مع شاهد* (استعادية) مصممة بشكل جيد، ويفضل أن تكون من أكثر من مركز واحد.

• سلاسل ذات زمن متعّد مع أو دون تدخل.

• المستوى III: يتضمن الدليل المأخوذ من واحد مما يلي:

• الدراسات الوصفية.

• تقارير الحالات.

• تقارير صادرة عن منظمات أو هيئات خبيرة (مثال: إجماع هيئة الخبراء المشرفة على دليل نموذج الممارسة المفضل على تقارير تمت مراجعتها وتحكيمها من قبل مجموعة خارج الهيئة).

تهدف المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل لأن تخدم كوسائل إرشاد في العناية بالمرضى، مع التأكيد الكبير على النواحي التقنية. ومن المهم جداً لدى تطبيق هذه المعرفة إدراك أن التميز الطبي الحقيقي يتحقق فقط عندما يتم تطبيق المهارات بالشكل الذي تحل فيه احتياجات المريض المقام الأول. إن الأكاديمية الأمريكية لطب العيون موجودة دوماً لمساعدة الأعضاء في معالجة الإشكاليات الأخلاقية التي قد تظهر في مجال الممارسة العينية (مجموعة قواعد الأخلاقيات الطبية للـ AAO).

الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم المبدي]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدلية]

- يمكن اعتبار الجراحة الراشحة* في بعض الحالات بديلاً علاجياً بديئاً. [I:A]

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى معالجة تصنيع التريبك بالليزر

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة. [III:A]
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة. [III:A]
- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل خلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة. [I:A]
- إجراء فحص المتابعة خلال ستة أسابيع من الجراحة أو أبكر من ذلك عند وجود خوف من حدوث أذية في العصب البصري متعلقة بضغط العين. [III:A]

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى جراحة الزرق الشقية*

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة. [III:A]
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يوثق بدقة الموجودات* واستطبابات* الجراحة. [III:A]
- أن يصف الستيرويدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة. [II:A]
- إجراء تقييم المتابعة في اليوم الأول بعد الجراحة (من 12 إلى 36 ساعة بعد الجراحة)، وعلى الأقل مرة واحدة خلال الأسبوع الأول أو الثاني. [III:A]
- القيام في حال غياب المضاعفات* بزيارات متابعة إضافية خلال فترة الستة أسابيع بعد الجراحة. [III:A]
- تحديد مواعيد لزيارات أكثر تواتراً – حسب الضرورة – للمرضى الذين حدثت لديهم مضاعفات تالية للجراحة. [III:A]
- تقديم المعالجات الإضافية حسب الضرورة لتعزيز فرص الحصول على نتيجة ناجحة على المدى البعيد. [III:A]

توعية وتعليم المرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- يجب مناقشة التشخيص، وشدة المرض، والإنذار*، والخطة العلاجية، وأرجحية استمرار المعالجة مدى الحياة. [III:A]
- التوعية والتعليم فيما يتعلق بإغلاق الأجفان أو سد القناة الدمعية الأنفية عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتصاص الجهازى [II:B]
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق [III:A]

• القصة العينية [III:A]

• القصة الجهازية [III:A]

• القصة العائلية [II:A]

• مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع [III:A]

• تقييم تأثير الوظيفة البصرية على الحياة والنشاطات اليومية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدلية]

• حدة* البصر [III:A]

• الحدقتان* [II:B]

• فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي بالمصباح الشقي* [III:A]

• قياس ضغط العين [I:A]

• الثخانة القرنية المركزية [II:A]

• تنظير زاوية* الغرفة الأمامية [III:A]

• تقييم رأس العصب البصري* وطبقة الألياف العصبية الشبكية بواسطة التنظير المجسم* المكبر [III:A]

• توثيق مظهر رأس العصب البصري* بواسطة التصوير

المجسم* الملون أو تحليل الصورة بواسطة الكمبيوتر* [II:A]

• تقييم قعر العين* (من خلال حدة موسعة كلما كان ذلك ممكناً) [III:A]

• تقييم الساحة البصرية*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتبة* الساحة البصرية السكوني الآلي [III:A]

خطة تدبير المرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

• يتم اختيار الضغط الهدف البديي بحيث يقل بحوالي 25% عن مستوى ضغط العين قبل المعالجة، على افتراض أن مجال الضغط المقاس قبل المعالجة هو الذي أدى لإحداث أذية العصب البصري. [I:A]

• إن قيمة الضغط الهدف تقديرية، ويجب أن تتخذ كل قرارات العلاج بشكل مفرد تبعاً لاحتياجات المريض. [III:A]

• إن المعالجة الدوائية في الوقت الحاضر هي الإجراء البديي الأكثر شيوعاً لخفض ضغط العين. يتوجب مراعاة التوازن مابين التأثيرات الجانبية* وبين الفعالية* عند اختيار علاج ذي فعالية وتحمل* أعظمين لإحداث الإنقاص المرغوب في ضغط العين عند كل مريض. [III:A]

• يتم تقييم حدوث التأثيرات الجانبية الموضعية العينية

والجهازية* وحدث السمية* عند المريض المعالج بأدوية الزرق. [III:A]

• يمكن اعتبار تصنيع التريبك* بالليزر علاجاً بديئاً عند بعض المرضى. [I:A]

الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم عند المتابعة]

القصة المرضية لدى الفحص

- القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
- القصة الدوائية الجهازية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:B]
- التأثيرات الجانبية* للأدوية العينية [III:A]
- تواتر استخدام وزمن الاستخدام الأخير للأدوية الخافضة لضغط العين، ومراجعة استعمال الأدوية [III:B]
- الفحص الفيزيائي

- حدة* البصر [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]
- قياس ضغط العين [I:A]
- تقييم رأس العصب البصري* والساحة البصرية* (انظر الجدول في الأسفل) [III:A]
- يجب إعادة قياس ثخانة القرنية المركزية بعد أي حدث قد يغير من قيمتها. [III:A]
- يجب إنقاص مستوى قيمة الضغط الهدف في حال وجود تبدلات مترقية في القرص البصري* أو الساحة البصرية. [III:A]
- تشمل العوامل التي تحدد تواتر إعادة التقييم، ضمن كل من الفترات الفاصلة الموصى بها: شدة الأذية، ومعدل الترقى، والمدى الذي يتجاوز فيه ضغط العين الضغط الهدف، وعدد وأهمية عوامل الخطورة الأخرى المؤدية لأذية العصب البصري* [III:A]

توعية وتعليم المرضى

- التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التدخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والفوائد النسبية للتدخلات البديلة، بحيث يستطيع المريض المشاركة بشكل هادف في تطوير خطة العلاج الملائمة [III:A]
- يجب تشجيع المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى وإحالتهم للجوء للتأهيل البصري الملائم والخدمات الاجتماعية. [III:A]

خطة التدبير للمرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- يجب تسجيل الجرعة وتواتر الاستعمال عند كل زيارة، وكذلك مناقشة مدى الالتزام بالخطة العلاجية، ومدى استجابة المريض للتوصيات بخصوص البدائل العلاجية أو الإجراءات التشخيصية [III:A]

المتابعة

الدليل الموصى به في تقييم متابعة الحالة الزرقية وتقييم العصب البصري والساحة البصرية [III:B] *

تحقيق ضغط العين الهدف	ترقي الأذية	فترة الضبط (بالأشهر)	فواصل المتابعة التقريبية (بالأشهر) **
نعم	لا	$6 \geq$	6
نعم	لا	$6 <$	12
نعم	نعم	(غير معتمدة)	1-2
لا	نعم	(غير معتمدة)	1-2
لا	لا	(غير معتمدة)	3-6

تحقيق ضغط العين الهدف	ترقي الأذية	فترة الضبط (بالأشهر)	فواصل المتابعة التقريبية (بالأشهر) **
نعم	لا	$6 \geq$	6
نعم	لا	$6 <$	12
نعم	نعم	(غير معتمدة)	1-2
لا	نعم	(غير معتمدة)	1-2
لا	لا	(غير معتمدة)	3-6

* يتألف التقييم من الفحص السريري للمريض متضمناً تقييم رأس العصب البصري (مع الإجراء الدوري للتصوير المجسم* الملون أو التصوير بواسطة الكمبيوتر للعصب البصري وتركيب طبقة الالياف العصبية الشبكية*) ، ومتضمناً أيضاً لتقييم الساحة البصرية.

** قد يتطلب المرضى المصابون بأذية أكثر تقدماً أو ذوي الخطر الأكبر خلال الحياة من الزرق الأولي مفتوح الزاوية، زيارات تقييم أكثر تواتراً. تمثل فواصل المتابعة المذكورة الزمن الفاصل الأقصى الموصى به بين فترات التقييم.

الشك بالزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم المبدي وعند المتابعة]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلة]

- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية [III:A]
- القصة العائلية [III:A]

• مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع [III:A]

• تقييم تأثير الوظيفة البصرية على الحياة والنشاطات اليومية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلة]

• حدة* البصر [III:A]

• الحدقتان* [II:B]

• فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]

• قياس ضغط العين [I:A]

• الثخانة القرنية المركزية [II:A]

• تنظير زاوية* الغرفة الأمامية [III:A]

• تقييم رأس العصب البصري* وطبقة الألياف العصبية

الشبكية* بواسطة التنظير المجسم* المكبر [III:A]

• توثيق مظهر رأس العصب البصري* بواسطة التصوير

المجسم* الملون أو تحليل الصورة بواسطة الكمبيوتر* [II:A]

• تقييم قعر العين* (من خلال حذقة موسعة كلما كان ذلك ممكناً) [III:A]

• تقييم الساحة البصرية*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس

عتبة* الساحة البصرية السكوني الآلي [III:A]

خطة التدبير للمرضى الذين تستطع المعالجة لديهم

• إن الهدف البدئي المنطقي هو أن يكون مستوى الضغط الهدف أقل بما يعادل 20% من متوسط قياسات قاعدية متعددة لضغط العين. [I:A]

• اختيار النظام العلاجي الذي يحقق الفعالية* والتحمل* الأعظميين لتحقيق الاستجابة العلاجية المرغوبة. [III:A]

القصة المرضية عند المتابعة

• القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]

• القصة الجهازية خلال الفترة الفاصلة إضافة لأي تغيير في الأدوية الجهازية [III:B]

• التأثيرات الجانبية للأدوية العينية إذا كان المريض قيد المعالجة [III:A]

• تواتر استخدام وتوقيت الاستخدام الأخير لأدوية الزرق، ومراجعة لاستعمال الأدوية إذا كان المريض قيد المعالجة [III:B]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

• حدة البصر [III:A]

• التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]

• قياس ضغط العين. [III:A]

• يستطع تنظير الزاوية عند وجود شك بمركبة من الزرق مغلق الزاوية، أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو تبدل غير مفسر في ضغط العين [III:A]

فواصل المتابعة

• تعتمد فواصل الزيارة على طريقة التفاعل بين المريض والمرض، والتي تعتبر فريدة وخاصة لكل مريض من المرضى. [III:A]

• يركز تواتر التقييم الدوري لرأس العصب البصري والساحة البصرية على تقييم درجة الخطر. يتطلب المرضى الذين لديهم قرنية قليلة السماكة، وقيم أعلى من ضغط العين، ونزف في القرص*، وقيمة عالية لنسبة التقعر إلى القرص*، وقيمة عالية من متوسط الانحراف المعياري للنموذج*، أو قصة عائلية للزرق أن تكون المتابعة وثيقة.

توعية وتعليم المرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

• مناقشة التشخيص، وعدد وشدة عوامل الخطورة، والإنذار*، وخطة التدبير، وأرجحية أن تستمر المعالجة بعد البدء بها ولمدة طويلة [III:A]

• التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التدخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والمنافع النسبية للتدخلات البديلة [III:A]

• التوعية والتعليم حول إغلاق الأجفان وسد القناة الدمعية الأنفية* عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتصاص الجهازية [II:B]

• تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق [III:A]

الزرق الأولي مغلق الزاوية [التقييم المبدي والمعالجة]

القصة لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلة]

- القصة العينية (أعراض قد تدل على هجمات من انغلاق الزاوية المتقطع) [III:A]
- القصة العائلية للزرق الحاد مغلق الزاوية [II:B]
- القصة الجهازية (كاستعمال أدوية موضعية أو جهازية) [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلة]

- الحالة الانكسارية* [III:A]
- الحدقتان* [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]
- تبغ* الملتمحة* (في الحالات الحادة).
- نقص في عمق الغرفة الأمامية المركزي والمحيطي.
- وجود التهاب في الغرفة الأمامية، يدل على هجمة حديثة أو حالية.
- تورم* القرنية مع أو بدون وذمة* كيبسية* (في الحالات الحادة).
- شذوذات* القرنية* متضمنة الضمور* المنتشر أو الموضع، الالتصاقات* الخلفية، وظيفة الحدقة* غير الطبيعية، شكل الحدقة غير المنتظم، و حدقة بوضعية نصف التوسع (تدل على هجمة حديثة أو حالية).

- تبدلات العدسة* متضمنة الساد* والبقع الزرقية*

- نقص خلايا بطانة* القرنية*

- قياس ضغط العين [III:A]

- تنظير الزاوية* في كلا العينين [III:A]

- تقييم قعر العين* ورأس العصب البصري* باستعمال منظار قعر العين المباشر* أو التنظير الحيوي* [III:A]

خطة التدبير للمرضى الذين يستطب إجراء بضع القرنية* لديهم

- يعتبر بضع القرنية بالليزر العلاج الجراحي المفضل لنوبة انغلاق الزاوية الحاد. [II:A]
- تستعمل المعالجة الدوائية عادة في البداية بنوبة انغلاق الزاوية الحاد لإنقاص ضغط العين، وتخفيف الألم، وتخفيف وذمة القرنية، وذلك تحضيراً لإجراء بضع القرنية [III:A]
- يجري بضع قرنية اتقائي في العين الثانية إذا كانت زاوية الغرفة الأمامية ضحلة تشريحياً [II:A]
- الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى بضع القرنية
- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:

- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة. [III:A]
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة. [III:A]
- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل خلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة. [III:A]
- أن يصف الستيرونويدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة. [III:A]
- أن يضمن حصول المريض على العناية الملائمة بعد الجراحة. [III:A]
- يتضمن التقييم عند المتابعة:
- تقييم انفتاح بضع القرنية [III:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- تنظير الزاوية، إذا لم يكن قد أجري مباشرة بعد بضع القرنية [III:A]
- توسيع الحدقة للتقليل من خطر تشكل الالتصاقات الخلفية [III:A]
- فحص قعر العين حينما يستطب* سريرياً [III:A]
- استعمال الأدوية أثناء الإقامة بالمشفى قبل وبعد الجراحة لتجنب الارتفاع المفاجئ لضغط العين، ولا سيما لدى المرضى المصابين بمرض شديد [III:A]

متابعة مرضى بضع القرنية

- بعد بضع القرنية، يتابع المرضى المصابون باعتلال زرق في العصب البصري تبعاً لنموذج الممارسة المفضل لدى مرضى الزرق الأولي مفتوح الزاوية [III:A]
- بعد بضع القرنية، يجب أن يتابع المرضى الذين أصبحت الزاوية مفتوحة لديهم أو لديهم تشارك بين الزاوية المفتوحة وبعض الالتصاقات* الأمامية المحيطية مع أو بدون اعتلال زرق في العصب البصري، على الأقل سنوياً، مع الانتباه بشكل خاص إلى إعادة تنظير الزاوية. [III:A]

توعية وتعليم المرضى في حال عدم إجراء بضع القرنية

- إعلام المرضى المعرضين لخطر انغلاق الزاوية الحاد حول أعراض النوبة انغلاق الزاوية الحاد، وتنبيههم لضرورة المراجعة فوراً لدى ظهور الأعراض [III:A]
- تحذير المرضى من الأدوية التي قد تسبب توسعاً في الحدقة وتحدث نوبة انغلاق زاوية حاد. [III:A]

تنكس اللطخة المرتبط بالعمر [التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدلالية]

- الأعراض (تشوه المرئيات*، نقص الرؤية) [II:A]
- الأدوية والتميمات* الغذائية [III:B]
- القصة العينية [II:B]
- القصة الجهازية (أي من ارتكاسات فرط الحساسية) [II:B]
- القصة العائلية، ولا سيما القصة العائلية لتنكس اللطخة المرتبط بالعمر AMD [II:B]
- القصة الاجتماعية، ولا سيما التدخين [II:B]
- الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدلالية]
- حدة* البصر [III:A]

- الفحص بالتظهير الحيوي الجسم* للبطخة* [III:A]

الفحوص المتممة

يستطع إجراء تصوير أو عية قعر العين بالحقن الوريدي للفلورسنتين في حال وجود تنكس اللطخة المرتبط بالعمر في الحالات: [I:A]

- عندما يشكو المريض من تشوه مرئيات حديث.
- عندما يوجد لدى المريض تشوش غير مفسر في الرؤية.
- عندما يظهر الفحص السريري ارتفاعاً في الظهارة الشبكية الصباغية* أو في الشبكية، أو عند وجود دم تحت الشبكية أو نتحات* قاسية، أو عند وجود تليف* تحت الشبكية.

- لاكتشاف وجود تكون الأوعية الحديث المشيماني* (CNV)، وتحديد امتداده*، نموذج، حجمه، وموقعه، ولحساب النسبة المئوية للألفة المؤلفة من أو المتضمنة تكون الأوعية الحديث المشيماني التقليدي*.

- لتوجيه المعالجة (جراحة التخثير الضوئي* بالليزر أو المعالجة الضوئية الدينامية* بـ PDT Verteporfin).

- لاكتشاف نكس أو استمرار وجود تكون الأوعية الحديث المشيماني بعد المعالجة.

- للمساعدة في تحديد سبب نقص الرؤية غير المفسر بالفحص السريري.

يجب أن ترفق وحدة التصوير الوعائي بخطة عالية أو خطة طوارئ وبروتوكول لتقليل خطر وتبديل أية مضاعفات [III:A]

القصة المرضية عند المتابعة

- الأعراض البصرية، بما فيها نقص الرؤية وتشوه المرئيات [II:A]

- التغيير في الأدوية والتميمات الغذائية [III:B]
- القصة العينية في الفترة الفاصلة بين الزيارتين [III:B]
- القصة الجهازية في الفترة الفاصلة بين الزيارتين [III:B]
- التغييرات في القصة الاجتماعية، ولا سيما التدخين [II:B]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر [III:A]
- الفحص بالتظهير الحيوي الجسم لقعر العين* [III:A]

المتابعة بعد معالجة تنكس اللطخة المرتبط بالعمر المترافق مع تكون أوعية حديث

- تناقش المخاطر والفوائد والمضاعفات مع المريض، ثم يتم الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع [III:A]
- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Ranibizumab داخل الزجاجي بعد مدة 4 أسابيع تقريباً من المعالجة [III:A]
- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Bevacizumab داخل الزجاجي بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة [III:A]
- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Pegaptanib sodium بعد مدة 6 أسابيع تقريباً من المعالجة [III:A]
- يجب إجراء الفحص والتصوير الوعائي بالفلورسنتين على الأقل كل 3 أشهر لمدة سنتين بعد المعالجة الضوئية الدينامية بـ Verteporfin [I:A]

- يتم فحص المرضى المعالجين بالتخثير الضوئي الحراري بالليزر بعد 2-4 أسابيع تقريباً من المعالجة، ومن ثم بفترة 4-6 أسابيع [III:A]
- قد يكون كل من التصوير المقطعي البصري* (OCT) [III:A] وتصوير الأوعية بالفلورسنتين [I:A]، وتصوير قعر العين [III:A] مفيداً في اكتشاف علامات النتح*، ويلجأ إليها عندما تستطع* سريرياً.
- يجب إجراء الفحوص اللاحقة حينما تستطع اعتماداً على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج [III:A]

توعية وتعليم المريض

- تتم توعية وتعليم المريض حول الإنذار والقيمة الكامنة للمعالجة بما يتلاءم مع حالته العينية والوظيفية [III:A]
- تشجيع المرضى الذين لديهم لطفة مرتبط بالعمر باكراً على الخضوع لفحص عيني منتظم مع توسيع الحدقة من أجل الاكتشاف الباكر للمرحلة المتوسطة من التنكس [III:A]
- توعية وتعليم المرضى المصابين بتنكس اللطخة المرتبط بالعمر في المرحلة المتوسطة حول طرق اكتشاف الأعراض الجديدة لتكون الأوعية الحديث المشيماني، وحول الحاجة للمراجعة السريعة لطبيب العيون [III:A]
- الطلب من المرضى المصابين بالمرض وحيد الجانب مراقبة الرؤية في العين الثانية، والقيام بالمراجعة الدورية حتى بغياب الأعراض، والمراجعة الفورية عند ظهور أعراض بصرية حديثة أو مهمة [III:A]
- يطلب من المريض التبليغ عن الأعراض التي قد تدل على التهاب باطن العين* كحدوث ألم أو انزعاج عيني متزايد، احمرار عيني متزايد، تشوش أو نقص في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو الزيادة المفاجئة في عدد الأجسام السابحة* [III:A]
- تشجيع المرضى المدخنين على إيقاف التدخين [I:A] بسبب وجود بيانات تدعم وجود علاقة سببية بين التدخين وتنكس اللطخة المرتبط بالعمر [II:A] هذا علاوة على المنافع الصحية العديدة التي ينطوي عليها إيقاف التدخين.
- إحالة المرضى المصابين بنقص الوظيفة البصرية إلى التأهيل البصري (انظر www.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية. [III:A]

تنكس اللطخة المرتبط بالعمر [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

توصيات المعالجة وخطط المتابعة لتنكس اللطخة المرتبط بالعمر

المعالجة التي يوصى بها	التشخيص الجديدة بالمعالجة	توصيات المتابعة
مراقبة من دون معالجة دوائية أو جراحية [I:A]	لا علامات سريرية للـ AMD (AREDS زمرة 1) AMD باكراً (AREDS زمرة 2). AMD متقدمة مع تغيرات ثنائية الجانب تتضمن ضمور جغرافي تحت النقرة* أو ندبات قرصية الشكل.	كما هو موصى به في نموذج الممارسة المفضل في التقييم العيني الشامل لدى البالغين [III:A] يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر في الحالات اللاعرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة للـ CNV [III:A] يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر إذا كانت غير عرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة للـ CNV [III:A] لا حاجة لتصوير قعر العين أو التصوير الوعائي بالفلورسنتين إلا إذا كانت الأعراض موجودة [I:A]
يوصى بالتمتع* الغذائية المعدنية والفيتامينات ومضادات الأكسدة كما في تقارير AREDS [I:A]	AMD متوسطة (AREDS زمرة 3) AMD متقدمة في إحدى العينين (AREDS زمرة 4).	مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (قراءة / شبكة أمسلر)* [III:A] يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر في الحالات اللاعرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة للـ CNV [III:A] يجرى تصوير قعر العين حسب الحاجة يجرى التصوير الوعائي بالفلورسنتين عند وجود دليل على وذمة* أو علامات وأعراض أخرى للـ CNV.
حقن 0.5 مغ من Ranibizumab داخل الزجاجي كما هو موصى به في تقارير Ranibizumab [I:A]	CNV تحت النقرة*	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين*، وتتضمن: ألم أو حس انزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام السابحة* [III:A] يعاد الفحص بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة. تعتمد المتابعة اللاحقة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (قراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
حقن Bevacizumab داخل الزجاجي [I:A] كما هو موصوف في التقارير المنشورة يجب أن يقدم طبيب العيون موافقة من قبل المريض بعد كامل الاطلاع مع الأخذ بعين الاعتبار الحالات خارج التصنيف [III:A]	CNV تحت النقرة	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين، وتتضمن: ألم أو حس انزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام السابحة* [III:A] يعاد الفحص بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة، وتعتمد المتابعة اللاحقة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
حقن Pegaptanib sodium داخل الزجاجي بمقدار 0.3 مغ كما هو موصى به في تقارير Pegaptanib sodium [I:A]	CNV تحت النقرة، حديث أو ناكس، من النمط التقليدي* بشكل سائد*، وبحجم $12 \geq$ مساحة قرص بصري حسب MPS CNV خفي* بدون النمط التقليدي، أو فقط جزء صغير منه تقليدي، بحيث تكون المساحة الكلية $12 \geq$ قرص بصري، نزف* تحت الشبكية مترافق مع CNV يشكل $50\% \geq$ من مساحة الآفة، و/أو وجود شحميات*، و/أو خسارة المريض 15 حرف أو أكثر في حدة البصر خلال الأسابيع الـ 12 السابقة.	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين، وتتضمن: ألم أو حس انزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام السابحة* [III:A] يعاد الفحص مع إعادة المعالجة كل 6 أسابيع حسبما يستطع [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
PDT بالـ Verteporfin كما هو موصى به في تقارير TAP و VIP [I:A]	CNV تحت النقرة، حديث أو ناكس، تفوق فيه المركبة التقليدية 50% من مساحة الآفة، ولا تتجاوز الآفة الكلية 5400 ميكرون في قطرها الخطي الأعظمي. قد يستخدم PDT في علاج الـ CNV الخفي عندما تكون الرؤية أسوأ من 20/50، أو إذا كانت مساحة CNV أقل من مساحة 4 أقراص بصرية حسب MPS مع كون الرؤية أفضل من 20/50.	يعاد الفحص كل 3 أشهر تقريباً حتى الاستقرار، مع إعادة المعالجة حسبما تستطع [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
الجراحة بالتخثير الضوئي الحراري بالليزر* حسب توصيات تقارير MPS [I:A]	CNV تقليدي خارج النقرة، جديد أو ناكس. يمكن استخدام العلاج أيضاً للـ CNV جانب القرص البصري.	يعاد الفحص مع التصوير الوعائي بالفلورسنتين بعد 2 - 4 أسابيع تقريباً من المعالجة، ومن ثم بفترة 4 - 6 أسابيع، ومن ثم اعتماداً على الموجودات السريرية* وموجودات التصوير الوعائي. [III:A] تعاد المعالجة حسبما يستطع. مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]

AMD = تنكس اللطخة المرتبط بالعمر. AREDS = دراسة الأمراض العينية المرتبطة بالعمر. CNV = تكون الأوعية الحديث المشيمياني. MPS = دراسة التخثير الضوئي لللطخة.

PDT = المعالجة الضوئية الدينامية. TAP = معالجة تنكس اللطخة المرتبط بالعمر بالمعالجة الضوئية الدينامية. VIP = الـ Verteporfin في المعالجة الضوئية الدينامية

اعتلال الشبكية السكري [التقييم المبني وعند المتابعة]

- **القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]**
 • مدة الإصابة بالداء السكري [I:A]
 • الضبط السابق لسكر الدم (الخضاب * A1c) [I:A]
 • الأدوية [III:A]
 • القصة الجهازية كوجود السمّة، [III:A] الداء الكلوي، [III:A]
 • فرط ضغط الدم * الجهاز، [I:A] مستويات شحميات *
 • المصل *، [II:A] الحمل * [I:A]
 • القصة العينية [III:A]
- **الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليّة]**
 • حدة * البصر [I:A]
 • قياس ضغط العين [III:A]
 • تنظير الزاوية عندما يستطب (في حال تشكل الأوعية الحديث على القرحة أو ارتفاع ضغط العين) [III:A]
 • التنظير الحيوي * بالمصباح الشقي * [III:A]
 • تنظير قعر العين من خلال حدقة موسعة، متضمناً فحص تنظير مجسم * للقطب الخلفي * [I:A]
 • فحص الشبكية المحيطية والزجاجي، ومن الأفضل القيام بذلك بواسطة تنظير قعر العين اللامباشر * أو التنظير بواسطة المصباح الشقي المشارك مع عدسة لاصقة [III:A]
- **التشخيص**
 • يتم تصنيف كلا العينين من حيث زمرة وشدة اعتلال الشبكية السكري، ووجود أو غياب وذمة اللطخة الهامة سريريّاً * (CSME) [III:A]. يختلف خطر تطور الإصابة بحسب كل زمرة من زمر المرض.
- **القصة عند المتابعة**
 • الأعراض البصرية [III:A]
 • الحالة الجهازية (الحمل، ضغط الدم، كولسترول المصل، الحالة الكلوية) [III:A]
 • حالة سكر الدم (الخضاب * A1c) [I:A]
- **الفحص الفيزيائي عند المتابعة**
 • حدة البصر [I:A]
 • قياس ضغط العين [III:A]
 • التنظير الحيوي بواسطة المصباح الشقي مع فحص القرحة [II:A]
 • تنظير الزاوية (عند وجود تشكل أو عية حديث على القرحة أو عند الشك بوجوده، أو إذا كان ضغط العين مرتفعاً) [II:A]
 • فحص مجسم للقطب الخلفي بعد توسيع الحدقتين [I:A]
- فحص الشبكية المحيطية والزجاجي حينما يستطب * [II:A]
 • **الفحوص المتممة**
 • قلماً يكون تصوير قعر العين ذا قيمة في حالات اعتلال الشبكية السكري الأصغري *، أو عندما يكون اعتلال الشبكية السكري غير متبدل عن المظهر السابق [III:A]
 • قد يكون تصوير قعر العين مفيداً في توثيق التطور الهام للمرض والاستجابة للمعالجة [III:B]
 • يستعمل تصوير الأوعية بالفلورسئين كمرشد لعلاج وذمة اللطخة الهامة سريريّاً [I:A] وكوسيلة لتقييم أسباب النقص غير المفسر في حدة البصر. [III:A] يمكن للتصوير الوعائي أن يكشف عدم التروية الشعرية * في اللطخة، [II:A] أو مصادر التسرب * الشعري المسببة لذمة اللطخة كتفسير محتمل لنقص الرؤية.
 • لا يستطب إجراء تصوير الأوعية بالفلورسئين بشكل روتيني كجزء من فحص مرضى السكري [III:A]
 • لا يحتاج الأمر لإجراء التصوير الوعائي بالفلورسئين لتشخيص وذمة اللطخة الهامة سريريّاً أو اعتلال الشبكية السكري التكاثري * (PDR)، حيث أن كلا منهما يشخص بالفحص السريري.
 • **توعية وتعليم المريض**
 • مناقشة نتائج الفحص وما يتضمنه [II:A]
 • تشجيع مرضى السكري غير المصابين باعتلال شبكية سكري بالخضوع لفحص عيني مع توسيع الحدقة سنوياً [II:A]
 • إبلاغ المرضى أن المعالجة الفعالة لاعتلال الشبكية السكري تعتمد على القيام بالتدخل في الوقت الصحيح، بالرغم من كون الرؤية جيدة مع عدم وجود أعراض عينية [II:A]
 • توعية وتعليم المرضى حول أهمية المحافظة على مستويات قرب طبيعية لسكر الدم وقيم قرب طبيعية لضغط الدم وتخفيض مستويات شحميات المصل [III:A]
 • البقاء على تواصل مع الطبيب، (طبيب العائلة، الطبيب الداخلي، أو أخصائي الغدد الصم *) فيما يخص الموجودات العينية [III:A]
 • تزويد المرضى الذين تفشل الحالة لديهم بالاستجابة للجراحة والذين تكون المعالجة الإضافية غير متوافرة لهم، بالدعم المحترف المناسب، مع إحالتهم إلى خدمات تقديم المشورة أو التأهيل أو الخدمات الاجتماعية حسبما يقتضيه الأمر [III:A]
 • تحويل المرضى المصابين بنقص الوظيفة البصرية للتأهيل البصري (انظر www.aa.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية.

اعتلال الشبكية السكري [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

التوصيات المتعلقة بالتدبير لمرضى السكري

شدة اعتلال الشبكية*	وجود CSME X	المتابعة (بالأشهر)	التخثير الضوئي لكامل الشبكية* (PRP) بالليزر (المبعثر*)	التصوير الوعائي* بالفلورسئين	الليزر بشكل بؤري* و/أو بشكل شبكة* †
طبيعي أو NPDR أصغري*	لا	12	لا	لا	لا
NPDR خفيف* أو معتدل*	لا	12 – 6	لا	لا	لا
	نعم	4 – 2	لا	عادة	عادة ± X
NPDR شديد*	لا	4 – 2	أحياناً S	نادراً	لا
	نعم	4 – 2	أحياناً S	عادة	عادة n
PDR غير عالي الخطورة	لا	4 – 2	أحياناً S	نادراً	لا
	نعم	4 – 2	أحياناً S	عادة	عادة ±
PDR عالي الخطورة*	لا	4 – 2	عادة	نادراً	لا
	نعم	4 – 2	عادة	عادة	عادة n
PDR غير فعال أو متراجع*	لا	12 – 6	لا	لا	عادة
	نعم	4 – 2	لا	عادة	عادة

CSME: وذمة اللطخة الهامة سريريا. NPDR: اعتلال الشبكية السكري غير التكاثري. PDR: اعتلال الشبكية السكري التكاثري.

X استثناءات تتضمن: فرط ضغط الدم* أو احتباس السوائل المرافق لقصور* القلب، قصور الكلية، الحمل*، أو أية أسباب أخرى قد تفاقم وذمة اللطخة*. ويمكن في هذه الحالات تأجيل التخثير الضوئي* لفترة قصيرة. كما يعتبر من الخيارات تأجيل علاج الـ CSME عندما يكون مركز اللطخة سليماً، حدة* البصر ممتازة، المتابعة الوثيقة ممكنة، مع تفهم المريض للمخاطر.

† العلاجات المساعدة المحتملة تتضمن الستيرويدات القشرية* ضمن الزجاجي، العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي* (باستثناء رانيبيزوماب). أثبتت البيانات المأخوذة من شبكة البحث السريري لاعتلال الشبكية السكري (Diabetic Retinopathy Clinical Research Network) عام 2011، عند المتابعة بعد سنتين، أن استعمال Ranibizumab ضمن الزجاجي مع العلاج الفوري أو المؤجل بالليزر أدى إلى زيادة أكبر في حدة* البصر، وأن استعمال Triamcinilone Acetonide ضمن الزجاجي مع العلاج بالليزر أدى أيضاً إلى زيادة بصرية أكبر في عيون البلورة الكاذبة* بالمقارنة مع العلاج بالليزر لوحده. يمكن أن يتم فحص الأشخاص الخاضعين لحقن العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي ضمن الزجاجي بعد شهر من إجراء الحقن.

‡ يعتبر تأجيل التخثير الضوئي البؤري لعلاج الـ CSME خياراً ممكناً عندما يكون مركز اللطخة سليماً، حدة البصر ممتازة، المتابعة الوثيقة ممكنة، مع تفهم المريض للمخاطر. على كل حال، يمكن بدء العلاج بإجراء التخثير الضوئي البؤري حيث أنه على الرغم من دوره المحدود في تحسين الرؤية، فإنه يحقق ثباتاً في حدة البصر الحالية. إن علاج الآفات القريبة من المنطقة غير الموعاة للنقرة (FAZ) قد يؤدي لأذية الرؤية المركزية، ومع مرور الوقت فإن ندبات* الليزر قد تتوسع وتزيد من تراجع الرؤية. قد تساعد الدراسات المستقبلية على توجيه استخدام العلاجات ضمن الزجاجي متضمنة الستيرويدات القشرية و العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي في هذه الحالات التي لا يمكن فيها تطبيق التخثير الضوئي بالليزر بأمان. إن المتابعة الوثيقة قد تكون ضرورية لوذمة اللطخة غير الهامة سريريا.

S قد يتم اللجوء لجراحة التخثير الضوئي لكامل الشبكية عندما تقترب الحالة من اعتلال الشبكية السكري التكاثري عالي الخطورة. هذا ويستفيد المرضى المصابين بالنمط 2 من الداء السكري بشكل أكبر من مرضى النمط 1 من إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية باكراً لاعتلال الشبكية غير التكاثري الشديد. وبالتالي يتم اللجوء لهذا العلاج للمرضى المصابين باعتلال شبكية سكري غير تكاثري شديد وبالنمط 2 للسكري. وتساهم عوامل أخرى في تحديد وقت إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية مثل: عدم مطاوعة* المريض للمتابعة، التخطيط لاستخراج ساد* قريباً، الحمل، والحالة المرضية للعين الثانية.

n يفضل إجراء التخثير الضوئي البؤري أولاً، وقبل إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية، للتقليل من حدوث تفاقم وذمة اللطخة التي تحدث بعد إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية.

ثقب اللطخة مجهول السبب [التقييم المبني والمعالجة]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدلية]

- مدة استمرار الأعراض [III:A]
- القصة العينية: زرق* أو أي أمراض عينية أخرى سابقة، إصابات*، جراحة، أو معالجات أخرى، التحديق* المطول إلى الشمس [III:A]
- الأدوية التي قد تكون مسؤولة عن تشكل كيسات* اللطخة [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدلية]

- حدة* البصر [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* للطحخة والسطح الفاصل بين الشبكية والزجاجي* [III:A]

التوصيات المتعلقة بالتدبير لثقب اللطخة

المرحلة	التدبير	المتابعة [III:A]
A – 1	مراقبة [II:A]	مراجعة فورية عند ظهور أعراض حديثة كل 4 – 6 أشهر بغياب الأعراض.
B – 1	مراقبة [II:A]	مراجعة فورية عند ظهور أعراض حديثة كل 4 – 6 أشهر بغياب الأعراض.
2	جراحة [II:A]	بعد يوم أو يومين من الجراحة، ثم بعد 1 – 2 أسبوع. يتفاوت تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة اعتماداً على نتائج الجراحة وعلى أعراض المريض. بحال عدم إجراء الجراحة، كل 4 – 8 أشهر.
3	جراحة [I:A]	بعد يوم أو يومين من الجراحة، ثم بعد 1 – 2 أسبوع. يتفاوت تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة اعتماداً على نتائج الجراحة وعلى أعراض المريض.
4	جراحة [I:A]	بعد يوم أو يومين من الجراحة، ثم بعد 1 – 2 أسبوع. يتفاوت تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة اعتماداً على نتائج الجراحة وعلى أعراض المريض.

‡ على الرغم من إجراء الجراحة في أغلب الحالات، فإن المراقبة تبقى ضرورية

توعية وتعليم المريض

- إبلاغ المرضى بمراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أعراض كالزيادة في عدد الأجسام السابحة*، النقص في الساحة البصرية، أو النقص في حدة البصر [II:A]
- إبلاغ المرضى بضرورة تجنب السفر بالجو، والمرتفعات، والتخدير العام بأكسيد النيتروز* لحين حدوث التلاشي شبه التام للغاز من العين. [III:A]
- إبلاغ المرضى الذين أصيبوا بثقب في اللطخة في إحدى العينين باحتمال تشكل ثقب لطخة في العين الثانية بنسبة 10 – 20%، ولا سيما إذا بقي الزجاجي متصلاً* [III:A]
- تحويل المرضى الذين يعانون من مشاكل بصرية بعد الجراحة تحد من قدرتهم الوظيفية إلى التأهيل البصري (انظر www.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية [III:A]

العناية الجراحية والتالية للجراحة إذا كان المريض يتلقى معالجة

- إبلاغ المريض حول المخاطر النسبية، وكذلك الفوائد، والبدائل عن الجراحة، والحاجة لاستعمال الغاز القابل للتمدد* داخل العين، وكذلك الحاجة لوضعية خاصة بعد الجراحة [III:A]
- وضع خطة عناية تالية للجراحة وإبلاغ المريض عن هذه الترتيبات [III:A]
- إبلاغ مرضى الزرق بإمكانية ارتفاع ضغط العين ما حول الجراحة [III:A]
- الفحص خلال يوم أو يومين بعد الجراحة، ومرة ثانية بعد 1 – 2 أسبوع من الجراحة [III:A]

انفصال الزجاجي الخلفي، الشقوق الشبكية والتكس الشبكي*

[التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليلية]

- أعراض انفصال الزجاجي الخلفي [I:A]
- القصة العائلية [II:A]
- الرضوض العينية السابقة [III:A]
- حصر البصر* [II:A]
- قصة الجراحات العينية السابقة بما فيها تبديل البلورة الإنكساري* وجراحة الساد* [II:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليلية]

- فحص الزجاجي* بحثاً عن النزف*، الانفصال*، والخلايا المصطبغة* [III:A]

- فحص قعر العين* المحيطي مع تفريخ* الصلبة [III:A] الطريقة المفضلة لتقييم أمراض الزجاجي والشبكية المحيطية هي تنظير قعر العين اللامباشر* مع تفريخ الصلبة المرافق [III:A]

الفحوص المتممة

- يجري تخطيط الصدى* B إذا كان تقييم الشبكية المحيطية غير ممكناً [II:A] وفي حال عدم وجود أي اضطرابات* يوصى بإجراء فحوص متابعة متكررة [III:A]

العناية الجراحية والتالية للجراحة إذا كان المريض يتلقى معالجة

- إعلام المريض حول المخاطر النسبية، والفوائد، والبدائل عن الجراحة [III:A]
- وضع خطة عناية بعد الجراحة، وإعلام المريض حول هذه الترتيبات [III:A]
- ينصح المريض بالاتصال بطبيب العيون فوراً بحال حدوث تبدل في الأعراض كظهور أجسام سباحة* جديدة أو نقص في الساحة البصرية [III:A]

القصة عند المتابعة

- أعراض بصرية [I:A]
- قصة رض عيني أو جراحة داخل العين خلال الفترة الفاصلة عن الفحص السابق [II:A]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة* البصر [III:A]
- تقييم حالة الزجاجي، مع الانتباه لوجود صباغ* أو نزف أو تميمع* [II:A]
- فحص قعر العين المحيطي مع تفريخ الصلبة [III:A]
- تخطيط الصدى B إذا كانت الأوساط الشفافة عاتمة* [III:A]
- يجب متابعة المرضى الذين يراجعون بنزف زجاجي كافٍ لإخفاء معالم الشبكية، مع كون تخطيط الصدى B سلبياً، بشكل دوري. يجب إعادة تخطيط الصدى B خلال أربعة أسابيع تقريباً من الفحص المبني في العيون التي يشك فيها بوجود تمزق* شبكي [III:A]

توعية وتعليم المريض

- توعية وتعليم المرضى ذوي الخطورة العالية لتطوير انفصال الشبكية* حول أعراض انفصال الزجاجي الخلفي وانفصال الشبكية، وحول أهمية فحوص المتابعة الدورية [II:A]
- الطلب من كل المرضى ذوي الخطورة العالية لحدوث انفصال الشبكية إعلام طبيب العيون فوراً عند حدوث تبدل في الأعراض كزيادة في عدد الأجسام السباحة*، نقص في الساحة البصرية، أو نقص في حدة البصر [III:A]

تدبير العناية

خيارات التدبير

نمط الإفة	المعالجة
تمزقات بشكل نعل الفرس* عرضية* حادة*.	معالجة فورية [II:A]
تمزقات بشكل الغطاء* عرضية حادة.	قد لا تكون المعالجة ضرورية [III:A]
شقوق شبكية رضية*.	تعالج عادة [III:A]
تمزقات بشكل نعل الفرس لا عرضية*.	يمكن متابعتها عادة من دون معالجة [III:A]
تمزقات بشكل الغطاء لا عرضية.	نادراً ما يوصى بالمعالجة [III:A]
ثقوب* مدورة ضمورية* لا عرضية.	نادراً ما يوصى بالمعالجة [III:A]
تنكس شبكي لا عرضي من دون ثقوب.	لا يعالج إلا إذا حدث تمزق بشكل نعل الفرس ناجم عن PVD [III:A]
تنكس شبكي لا عرضي مع ثقوب.	لا يتطلب معالجة عادة [III:A]
تمزقات شبكية محيطية* لا عرضية.	لا يوجد دليل واضح حول الحاجة للمعالجة، كما أن الدلائل غير كافية لتوجيه التدبير.
ثقوب ضمورية، تنكس شبكي، أو تمزقات لا عرضية بشكل نعل الفرس في العين الثانية	لا يوجد دليل واضح حول الحاجة للمعالجة، كما أن الدلائل غير كافية لتوجيه التدبير.

PVD: انفصال الزجاجي الخلفي

الساد [التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة لدى الفحص المبني

- الأعراض [II:A]
- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية [III:A]
- تقييم الحالة الوظيفية البصرية [III:A]
- فحص المريض قبل الجراحة [III:A]
- التأكيد على أن يوثق * التقييم * بدقة كلاً من: الأعراض، الموجودات، واستجابات المعالجة [III:A]
- إبلاغ المريض حول المخاطر، الفوائد، والنتائج المتوقعة من الجراحة [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة * البصر مع التصحيح الحالي [III:A]
- قياس أفضل حدة بصرية مصححة * (BCVA) (مع تحديد الانكسار عندما يستطب * [III:A])
- الفحص الخارجي [III:A]
- الارتصاف * العيني والحركية * العينية [III:A]
- تفاعل ووظيفة الحدقة * [III:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- التنظير الحيوي * بالمصباح الشقي * [III:A]
- الفحص الموسع للعدسات والبقعة والشبكية المحيطية والعصب البصري والزجاجي [III:A]
- تقييم الأوجه ذات الصلة المتعلقة بالحالة العقلية والبدنية للمريض * [III:B]

تدبير العناية

- تستطب المعالجة عندما لا تعود الوظيفة البصرية كافية لتلبية احتياجات المريض، وعندما توفر جراحة الساد أرجحية معقولة للتحسن [III:A]
- يستطب استخراج الساد أيضاً عند وجود دلائل على مرض محدث بالبلورة *، أو عند الحاجة لرؤية قعر العين في عين تملك إمكانية للرؤية [III:A]
- يجب عدم إجراء الجراحة في الظروف التالية: [III:A] عندما يلبي التصحيح الانعكاسي المقبول احتياجات المريض ورغباته، أو عندما يكون من غير المتوقع أن تقدر الجراحة على تحسين الوظيفة البصرية، وعدم وجود أية إشارة لإزالة العدسات؛ أو عندما لا يكون آمناً خضوع المريض للجراحة بسبب وجود ظروف طبية أو عينية مرافقة، وعندما لا يمكن الحصول على العناية الملائمة بعد الجراحة؛ وعندما يكون متخذ القرار الخاص بالمريض أو نيابة عن المريض غير قادر على إعطاء موافقة عن علم لإجراء جراحة غير طارئة.
- استجابات الجراحة في العين الثانية هي نفسها في العين الأولى. [III:A] (مع أخذ الحاجة للوظيفة البصرية المشتركة بين العينين بعين الاعتبار).

العناية قبل الجراحة

يترتب على طبيب العيون الذي سيجري الجراحة المسؤوليات التالية:

التقييم عند المتابعة

- يجب رؤية المرضى ذوي الخطورة العالية خلال 24 ساعة من الجراحة [III:A]
- يشاهد المرضى العاديين خلال 48 ساعة بعد الجراحة [III:A]
- يعتمد تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة على الانكسار، الوظيفة البصرية، والحالة الطبية للعين.
- تكون الزيارات اللاحقة عادةً أكثر تواتراً بالنسبة للمرضى ذوي الخطورة العالية.
- يجب أن تتضمن عناصر كل فحص بعد الجراحة ما يلي:
 - القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين، بما فيها الأعراض الحديثة واستعمال الأدوية بعد الجراحة [III:A]
 - تقييم المريض للحالة الوظيفية البصرية [III:A]
 - تقييم الوظيفة البصرية (حدة البصر، اختبار الثقب الضيق) * [III:A]
 - قياس ضغط العين [III:A]
 - التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]

بضع المحفظة * بليزر [Nd:YAG]

- تستطب المعالجة عندما تتأثر الرؤية سلبياً بفعل كثافة * المحفظة الخلفية بحيث لا تلي الاحتياجات الوظيفية للمريض، أو عندما تعيق رؤية قعر العين بشكل حرج [III:A]
- التوعية والتعليم حول أعراض انفصال الزجاجي * الخلفي، وتمزقات * أو انفصال الشبكية *، والحاجة لإجراء فحص فوري عند ملاحظة هذه الأعراض [III:A]

توعية وتعليم المريض

- مناقشة فوائد ومخاطر الجراحة بما فيها خطر العمى، عند الأشخاص ذوي العين الوحيدة وظيفياً. [III:A]

التهاب القرنية الجرثومي [التقييم المبني]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض العينية (درجة الألم والاحمرار والتفريغ والرؤيا غير الواضحة ورهاب الضوء ومدة الأعراض والظروف المحيطة ببداية الأعراض) [III:A]
- قصة لاستعمال العدسات اللاصقة (جدول الارتداء أو الارتداء الليلي أو نوع العدسات اللاصقة أو محلول العدسات اللاصقة أو بروتوكول الصحة للعدسات اللاصقة أو غسل العدسات اللاصقة بماء الصنبور أو السباحة أو استخدام حوض استحمام أو الاستحمام أثناء ارتداء عدسات لاصقة) [III:A]
- مراجعة للقصة العينية من النواحي الأخرى (بما في ذلك عوامل الخطر مثل طبقات فيروسات الحلا البسيط وطبقات فيروسات الجدري المائي والتهاب القرنية البكتيري السابق والصدمة وجفاف العين وجراحة العين السابقة، بما في ذلك الجراحة الانكسارية) [III:A]
- مراجعة للمشاكل الطبية الأخرى [III:A]
- الأدوية العينية المستعملة حالياً أو مؤخراً [III:A]
- الحساسية للأدوية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر [III:A]
 - المظهر العام للمريض، بما في ذلك حالات الجلد [III:B]
 - فحص الوجه [III:B]
 - الوضع العام [III:A]
 - الأجفان والإغلاق الجفني [III:A]
 - الملتحمة* [III:A]
 - الجهاز الأنفي الدمعي* [III:B]
 - الحس القرني [III:A]
 - التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - حواف الأجفان [III:A]
 - الملتحمة [III:A]
 - الصلبة* [III:A]
 - القرنية* [III:A]
 - الغرفة الأمامية لعمق الالتهاب وظهوره، بما في ذلك الخلية والالتهاب والغمير القلبي والفايرين والغمر الدموي [III:A]
 - الزجاجي الأمامي [III:A]
 - العين الأخرى لمؤشرات المرض بالإضافة إلى مرض مشابه سابق محتمل [III:A]
- ### الفحوص التشخيصية
- تدبر الغالبية العظمى من الحالات المكتسبة بالعدوى بالمعالجة التجريبية* من دون أخذ لطاخات* أو الزرع* [III:A]
 - الاستطبانات لأخذ لطاخات أو الزرع:
 - التهاب القرنية الشديد أو المهدد للرؤية مع الشك بالمنشأ الجرثومي للالتهاب قبل بدء المعالجة. [III:A]
- ### تدبير العناية
- قطرات الصادات الموضعية هي الطريقة المفضلة في معظم الحالات [III:A]
 - تستعمل الصادات الموضعية واسعة الطيف في البداية في المعالجة التجريبية للتهاب القرنية الجرثومي المفترض* [III:A]
 - في حالات التهاب القرنية الشديد أو المركزي (مثال: إصابة في اللحمية العميقة أو ارتشاح بقطر أكبر من 2 مم مع تقيح* واسع)، تستعمل جرعة تحميل* (مثال: كل 5-15 دقيقة في أول 30 إلى 60 دقيقة)، تتبع باستعمال متعدد (مثال: كل 30 دقيقة حتى 1 ساعة على مدار الساعة). [III:A] أما في حالات التهاب القرنية الأقل شدة، يكون استعمال القطرات بتواتر أقل مناسباً. [III:A]
 - تستعمل المعالجة الجهازية في التهاب القرنية بالمكورات البنية* [II:A]
 - بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعالجون بالستيروئيدات القشرية* العينية الموضعية عند المراجعة بشك وجود التهاب قرنية الجرثومي، يتم إيقاف أو تخفيف الستيروئيدات القشرية حتى تتم السيطرة على الخمج* [III:A]
 - عندما تشمل الارتشاحات القرنية المحور البصري، يمكن إضافة الستيروئيدات القشرية الموضعية بعد 2-3 أيام على الأقل من حدوث تحسن مترقي بالعلاج بالصادات الموضعية. [III:A] يجب الاستمرار باستعمال الصادات الموضعية بسويات عالية ثم التخفيف التدريجي. [III:A]
 - يتم فحص المرضى خلال 1-2 يوم بعد بدء المعالجة بالستيروئيدات القشرية الموضعية. [III:A]

التهاب القرنية الجرثومي [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

توعية وتعليم المريض

- إبلاغ المرضى الذين لديهم عوامل خطورة مؤهبة لالتهاب القرنية الجرثومي حول الخطر النسبي لديهم، وكذلك حول علامات وأعراض الخمج*، وضرورة مراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أي من تلك العلامات والأعراض [III:A]
- التوعية حول الطبيعة المخربة لالتهاب القرنية الجرثومي والحاجة للالتزام الصارم بالمعالجة [III:A]
- مناقشة احتمال فقد الرؤية الدائم والحاجة للتأهيل البصري في المستقبل [III:A]
- توعية وتعليم مرضى العدسات اللاصقة* حول زيادة خطر الخمج لديهم، ولا سيما عند ارتداء العدسات أثناء النوم، وأهمية الالتزام بتقنيات العناية الصحية بالعدسات اللاصقة [III:A]
- إحالة المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى إلى التأهيل البصري إذا كانوا غير مؤهلين للجراحة (انظر [III:A]) (www.aao.org/smartsight)

معالجة التهاب القرنية الجرثومي بالصادات* [III:A]

العضوية* المسببة	الصاد	التركيز الموضعي	الجرعة* تحت الملتحمة*
لا عضويات مكتشفة أو أنماط متعددة من العضويات	Cefazolin مع Tobramycin أو Gentamycin أو Fluoroquinolone X	50 مغ / مل 9 – 14 مغ / مل متنوعة†	100 مغ في 0.5 مل 20 مغ في 0.5 مل
المكورات* إيجابية الغرام*	Cefazolin Vancomycin ‡ Bacitracin ‡ Fluoroquinolones X	50 مغ / مل 15 – 50 مغ / مل 10000 وحدة دولية متنوعة†	100 مغ في 0.5 مل 25 مغ في 0.5 مل
العصيات* سلبية الغرام*	Gentamycin أو Tobramycin Ceftazidime Fluoroquinolones	9 – 14 مغ / مل 50 مغ / مل متنوعة†	20 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل
المكورات سلبية الغرام ^S	Ceftriaxone Ceftazidime Fluoroquinolones	50 مغ / مل 50 مغ / مل متنوعة†	100 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل
المتقطرات* غير السلية*	Amikacin Clarithromycin Azithromycin ⁿ Fluoroquinolones	20 – 40 مغ / مل 10 مغ / مل 10 مغ / مل متنوعة†	20 مغ في 0.5 مل
النوكارديا*	Sulfacetamide Amikacin Trimethoprim/sulfamethoxazole: Trimethoprim Sulfamethoxazole	100 مغ / مل 40 – 20 مغ / مل 16 مغ / مل 80 مغ / مل	20 مغ في 0.5 مل

X قليل من المكورات إيجابية الغرام تقاوم الـ gatifloxacin والـ moxifloxacin أكثر من غيرها من الـ fluoroquinolones.
 † besifloxacin 6 مغ/مل؛ gatifloxacin 3 مغ/مل؛ levofloxacin 15 مغ/مل؛ moxifloxacin 5 مغ/مل؛ ofloxacin 3 مغ/مل، هي التراكيز المتوفرة تجارياً.
 ‡ تستعمل في أنواع المكورات العقودية* والمكورات المعوية* المقاومة* وفي حال الحساسية للبندسلين. لا يملك كل من الـ vancomycin والـ bacitracin أية فعالية تجاه سلبيات الغرام، ولا يجب استعمالها كعامل وحيد في المعالجة التجريبية* لالتهاب القرنية الجرثومي.
 S المعالجة الجهازية ضرورية عند الشك بخرمج بالمكورات البنية*.

¶ المعطيات من :

Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001; 132:819-30.

التهاب حواف الأجفان [التقييم المبني وعند المتابعة]

الفحوص التشخيصية

- قد يستطب* الزرع* بالنسبة لمرضى التهاب حواف الأجفان الأمامي الناكس* مع التهاب شديد، إضافة للمرضى الذين لا يستجيبون للمعالجة. [III:A]
- قد تستطب خزعة* الأجفان لاستبعاد احتمال السرطان* عند وجود عدم تناظر ملحوظ، أو مقاومة للمعالجة، أو برودة* ناكسة في نفس المكان دون استجابة جيدة للمعالجة. [III:A]
- يجب استشارة الطبيب المختص بالمرضيات* قبل أخذ الخزعة عند الشك بالسرطان زهمية الخلايا*. [III:A]

تدبير العناية

- يعالج مرضى التهاب حواف الأجفان في البداية بالكدمات الدافئة* مع العناية بصحة الأجفان*. [III:A]
- يمكن وصف صاد* موضعي مثل bacitracine أو erythromycin حيث تستعمل مرة واحدة في اليوم أو أكثر أو قبل النوم لمدة أسبوع أو أكثر. [III:A]
- بالنسبة للمرضى المصابين بسوء وظيفة* غدد ميبوميوس* والذين لديهم أعراض وعلامات مزمنة غير مضبوطة بشكل مناسب عن طريق العناية بصحة الأجفان، يمكن استعمال tetracyclines الفموي والصادات الموضعية. [III:A]
- قد يفيد استعمال شوط علاجي قصير من الستيروئيدات القشرية* الموضعية في التهاب حواف الأجفان أو التهابات سطح العين. يجب استعمال أقل جرعة فعالة ممكنة من الستيروئيدات القشرية، كما يجب تجنب المعالجة المديدة إن أمكن. [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة:
 - القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
 - قياس حدة البصر [III:A]
 - الفحص الخارجي [III:A]
 - التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]
- يجب إعادة تقييم المريض خلال بضعة أسابيع عند العلاج بالستيروئيدات القشرية، لتحديد الاستجابة للعلاج، وقياس ضغط العين، وتقييم مطاوعة* المريض للعلاج [III:A]

توعية وتعليم المريض

- إعلام المرضى بما يخص الطبيعة المزمنة والناكسة لسير المرض. [III:A]
- إعلام المرضى بأن الأعراض كثيراً ما تتحسن، لكنها نادراً ما تنتهي. [III:A]
- يجب إحالة المرضى المصابين بأفة التهابية في الجفن والمثيرة للشك بوجود خبائث* إلى الأخصائي المناسب.

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض والعلامات العينية (الاحمرار والحساسية والحروق والدماع والحكة وقشرة الرموش والتصاق الجفن وحساسية ضد العدسات اللاصقة ورهاب الضوء وتكرار الوميض الزائد) [III:A]
- التوقيت من اليوم الذي تكون فيه الأعراض أسوأ [III:A]
- فترة استمرار الأعراض [III:A]
- التظاهر وحيد أو ثنائي الجانب [III:A]
- الظروف التي تزيد من شدة الأعراض [III:A] (مثال: التدخين، المؤرجات*، الرياح، العدسات اللاصقة*، الرطوبة القليلة، الريتنويد*، العادات الغذائية واستهلاك الكحول، مستحضرات التجميل حول العين)
- الأعراض المتعلقة بالأمراض الجهازية [III:A] (مثال: الوريدية*، الأرج*)
- الأدوية الجهازية والموضعية السابقة والحالية (مضادات الهيستامين أو الأدوية ذات الآثار المضادة للكولين أو الأدوية المستخدمة في السابق التي قد تحتوي على تأثير على سطح العين [مثل أيزوترينوين]) [III:A]
- التعرض الحديث لشخص مخموج* (مثال: قمار الجفن*) [III:C]
- القصة العينية (مثال: الجراحة السابقة داخل العين أو في الأجفان، الرضوض الموضعية* سواء الميكانيكية، أو الحرارية، أو الكيميائية، والأذية الإشعاعية وقصة عملية جراحة الأجفان التجميلية وقصة الشعيرات و/أو البردة)

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر [III:A]
- الفحص الخارجي
 - الجلد [III:A]
 - الأجفان [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - فلم الدمع [III:A]
 - حواف الأجفان الأمامية [III:A]
 - الأهداب* [III:A]
 - حواف الأجفان الخلفية [III:A]
 - الملتحمة* الظفرية (الحواجب المشنقة)* [III:A]
 - الملتحمة البصلية* [III:A]
 - القرنية* [III:A]

التهابات الملتحمة [التقييم المبدي]

• التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*

- حواف الأجفان (التضخم والقرحة والتفريغ والدرن أو الحويصلات وفقر الدم والتقرن) [III:A]
- الأهداب (تساقط الرموش والقشرة وقشرة الرأس والقمل الصغير والقمل والشعرة)* [III:A]
- النقاط* والقنيت* الدمعية [III:B]
- الملتحمة الظفرية* والرتجية* [II:A]
- الملتحمة البصلية* / الحوف (الحويصلات والوذمة والدرن ووذمة الملتحمة والرخاوة والحليمات والقرحة والتندب والنفيطة والنزوف الشظوية والمادة الخارجية والتقرن)* [II:A]
- القرنية* [I:A]
- الغرفة الأمامية / القزحية (تفاعل الالتهاب والتساقات القزحية وعيوب التصوء)* [III:A]
- نموذج التلون الصباغي [III:A] (الملتحمة والقرنية)

الفحوص التشخيصية

- يستطب أخذ العينات للزرع* ولطاخات* للفحص الخلوي* والتلون بملونات خاصة عند الشك بالتهاب الملتحمة الخمجي* الوليدي* [I:A]
- يوصى بالطاخات من أجل الفحص الخلوي والتلون الخاص في حالات الشك بالتهاب الملتحمة بالمكورات البنية* [II:A]
- يثبت تشخيص التهاب الملتحمة بالمتدثرات* الوليدي ولدى البالغين بواسطة الاختبارات التشخيصية المناعية* و / أو الزرع. [III:A]
- تؤخذ خزعة* من الملتحمة البصلية من منطقة غير مصابة قرب الحوف من العين المصابة بالالتهاب الفعال عند الشك بالداء الفقاعاني الغشائي المخاطي العيني*. [III:A]
- يستطب أخذ خزعة كاملة السماكة من الجفن عند الشك بالسرطانة الزهمية*. [II:A]
- قد يساعد التنظير المستقطب* في تقييم بعض أشكال التهاب الملتحمة (مثال: التآني*، التهاب الملتحمة والقرنية* اللمي* العلوي (SLK)).
- تستطب اختبارات وظيفة الدرق عند المرضى المصابين بـ SLK والذين ليس لديهم داء درقي معروف.

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- الأعراض والعلامات العينية (مثال: حكة*، مفرزات*، تهيج*، ألم، رهاب الضوء*، تشوش في الرؤية) [III:A]
- فترة استمرار الأعراض وامتدادها الزمني [III:A]
- العوامل التي تزيد من شدة الأعراض [III:A]
- التظاهر وحيد أو ثنائي الجانب [III:A]
- نمط المفرزات [III:A]
- التعرض الحديث لشخص مخموج* [III:A]
- الرضوض (ميكانيكية، كيميائية، بالأشعة فوق البنفسجية)* [II:A]
- استخراج المخاط*
- ارتداء العدسات اللاصقة* (نمط العدسة، كيفية العناية الصحية بالعدسة ونظام استعمالها) [III:A]
- الأعراض والعلامات التي قد تكون متعلقة بالأمراض الجهازية (مثال: المفرزات البولية التناسلية*، عسر التبول*، عسر البلع*، خمج* الطريق التنفسي العلوي، الآفات الجلدية والمخاطية)* [III:A]
- الأرج*، الربو*، الإكزيمة* [III:A]
- استعمال الأدوية الموضعية والجهازية [III:A]
- القصة العينية (مثال: هجمات سابقة من التهابات الملتحمة [III:A] وجراحات عينية سابقة [III:B])
- اضطرابات الحالة المناعية [III:B]
- الأمراض الجهازية السابقة والحالية [III:B]
- القصة الاجتماعية (مثال: التدخين [III:C] المهنة والهوايات [III:C] السفر [III:C] الفعالية الجنسية [III:C])

الفحص الفيزيائي المبدي

- حدة* البصر [III:A]
- الفحص الخارجي
- الجلد (علامات الوردية والإكزيمة والمث) [III:A]
- شذوذات الأجفان والملحقات (التورم والنصول وسوء التوضع والارتخاء والقرحة والدرن وكدمات العين وتكون الأورام الخبيثة)* [III:A]
- الملتحمة (نمط الحقن والنزيف أسفل الملتحمة ووذمة الملتحمة والتغير الندي والالتصاق الملحمي والتجمعات والتفريغ)* [III:A]

التهابات الملتحمة [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

- تجنب الاستعمال العشوائي للصادات* أو الستيروئيدات القشرية* الموضعية، لأن الصادات قد تسبب سمية، والستيروئيدات القشرية من المحتمل أن تطيل أمد الخمج بالفيروسات الغدية* وتسيء للخمج بفيروس الحلأ البسيط* [III:A]
- تعالج التهابات الملتحمة الأرجية* الخفيفة بالعوامل المضادة للهستامين*/مقبضات الأوعية* التي تصرف من دون وصفة طبية*، أو بالجيل الثاني من صادات* مستقبلات الهستامين H1 الموضعية. [I:A] تستعمل مثبتات* الخلايا البدينة* عند النكس المتكرر أو الإزمان [I:A]
- يجب إيقاف استعمال العدسات اللاصقة في حالات التهاب الملتحمة القرنية* المحدث بالعدسات لمدة أسبوعين أو أكثر [III:A]
- إذا استطب استعمال الستيروئيدات القشرية، وجب استعمال الأقل كموناً وتواتراً بالاعتماد على استجابة المريض وتحمله [III:A]
- إذا كانت الستيروئيدات قيد الاستعمال، وجب قياس المستوى القاعدي* لضغط العين ثم دورياً وإجراء توسيع الجدقة. [III:A]
- تستعمل الصادات الجهازية لعلاج التهاب الملتحمة الناجم عن النيسريات البنية* [I:A] والمنتثرات الحثرية*. [II:A]
- عندما يكون التهاب الملتحمة مترافقاً مع مرض ينتقل بطريق الجنس، يعالج الشركاء الجنسيون لتقليل خطر النكس وانتشار المرض، كما يجب إحالة المرضى وشركائهم الجنسيين إلى

الطبيب المختص. [III:A]

- إحالة المرضى الذين لديهم تظاهرات لمرض جهازى إلى الطبيب المختص. [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة
- القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
- حدة البصر [III:A]
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]
- إذا كانت الستيروئيدات القشرية قيد الاستعمال، وجب إجراء قياس دوري لضغط العين، وكذلك توسيع الجدقة لتقييم حدوث الساد* والزرق* [III:A]

توعية وتعليم المريض

- توجيه المرضى المصابين بأشكال معدية من المرض لتقليل أو منع انتشار المرض في المجتمع. [III:A]
- إبلاغ المرضى الذين قد يحتاجون علاجاً قصير الأمد متكرراً بالستيروئيدات القشرية الموضعية بالمضاعفات* المحتملة لاستعمال الستيروئيدات القشرية [III:A]
- نصح مرضى التهابات الملتحمة الأرجية بأن الغسل المتواتر للملابس والاستحمام قبل النوم قد يكونان مفيدين [III:B]

بروز القرنية [التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- بدء الداء وسيره
- انخفاض الرؤية
- القصة العينية، الطبية والعائلية

الفحص الفيزيائي المبني

- تقييم الوظيفة البصرية
- الفحص الخارجي
 - تبارز القرنية*
 - جلد الأجناف وحول الحاج*
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - وجود، امتداد وموقع الترقق* أو التبارز القرني
 - مؤشر لجراحة عينية سابقة
 - وجود خطوط فوكت*، أعصاب قرنية بارزة*، حلقة فلايشر* أو ترسب حديد آخر
 - دليل على تندب قرني أو استسقاء* سابق، ووجود أعصاب قرنية بارزة
- قياس ضغط العين
- فحص قعر العين: تقييم وجود بقعة داكنة في المنعكس الأحمر، ووجود تنكسات شبكية* في الشبكية

الفحوص التشخيصية

- قياس القرنية*
- تحليل طبوغرافية القرنية*
- خريطة قوة الانكسار الطبوغرافية*
- خريطة الارتفاع الطبوغرافية*
- قياس سماكة* القرنية

تدبير العناية

- تصمم المعالجة لكل مريض بمفرده، تبعاً لانخفاض الرؤية وخيار/خيارات المعالجة
- يمكن تصحيح البصر بالنظارات، لكن قد يتطلب الأمر العدسات اللاصقة عند ترقق القرنية المخروطية*
- قد تخفي العدسات اللاصقة القاسية* النفوذة للغاز* عدم الانتظام* القرني. توفر العدسات اللاصقة الهجينة* الجديدة نفوذية عالية للأوكسجين وقوة ارتباط أكبر لـ قاسية نفوذة للغاز/هلام مائي*. قد تستخدم العدسات اللاصقة الخلفية* في حالات التندب القرني أو المخروط غير المركزي*. قد تستطب العدسات الصلبة عند فشل العدسات اللاصقة القاسية النفوذة للغاز و/أو الهجينة

- زرع الأجزاء الدائرية القرنية داخل اللحمة* قد يحسن تحمل العدسة اللاصقة وأفضل قدرة بصرية مصححة عند مرضى بروز القرنية، القرنية الشفافة، وعدم تحمل* العدسة اللاصقة
- قد يحسن تشبيك* الكولاجين* صلابة* القرنية عبر زيادة الروابط بين الألياف

- يلجأ إلى رأب القرنية* الصفيحي* باستخدام تقنية رأب القرنية الصفيحي الأمامي العميق (DALK) عند القرنية المخروطية المتقدمة بدون تندب مهم أو استسقاء*. يعتبر رأب القرنية الصفيحي الهلالي* خياراً عندما يكون الترقق الأعظمي في محيط القرنية

- يمكن تدبير الترقق والبروز المحيطي بإجراء صفيحي غير مركزي معياري* بهدف الدعم البنائي*، متبوعاً برأب قرنية ثاقب* مركزي لاحقاً

- يستطب رأب القرنية الثاقب عندما لا يتمكن المريض من بلوغ رؤية وظيفية* بالنظارات أو العدسات اللاصقة، أو عندما تحدث وذمة قرنية مستمرة بشكل تالي للاستسقاء. لا يمكن لرأب القرنية البطاني* بتجريد ديسميه* تصحيح اضطراب بروز القرنية

- يفضل رأب القرنية الثاقب على DALK في حالات تندب اللحمة العميق

- يمكن إجراء طعم صفيحي من أجل الدعم البنائي عندما يحدث البروز في المحيط البعيد للقرنية

التقييم عند المتابعة

- يوجه تقييم المتابعة وفواصل الزيارة بحسب العلاج وتطور الداء
- يوصى بالمتابعة السنوية لحالات البروز إلا إذا كان لدى المريض تبدلات مهمة في الوظيفة البصرية
- يجب توعية المرضى حول العلامات المنذرة بالرفض* وأنه يجب اللجوء للمساعدة الطبية فوراً عند حدوث الأعراض. يجب أن ينتبه الممارس لموجودات التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* المشيرة للرفض الظهاري*، اللحمي*، والبطاني

المشورة* والإحالة*

- عندما لا يمكن بالمعالجة الطبية بالنظارات و/أو العدسات اللاصقة تحسين الوظيفة البصرية، تستطب الإحالة إلى طبيب العيون متدرب على المعالجات الجراحية لبروز القرنية
- قد يحتاج المرضى الذين لديهم قصة تحسس وتأتب* إلى إحالة إلى طبيب الجلدية أو طبيب الحساسية*
- قد يكون التدبير الأمثل للمرضى المصابين بداء الجفن المرن* عن طريق أخصائي رأب العيون* وقد يحتاج الأمر إلى إحالات إلى الأخصائيين الطبيين الآخرين

وذمة وكثافة القرنية [التقييم المبدئي]

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي

- الأعراض: عدم وضوح أو تبدل الرؤية؛ رهاب الضوء*؛ الاحمرار؛ الدماخ*؛ إحساس متقطع بجسم أجنبي؛ الألم
- زمن البدء
- سرعة البدء
- الاستمرارية
- التظاهر الوحيد أو الثنائي الجانب
- العوامل المعدلة، مثل تحسن الرؤية المرتبط بالعوامل المحيطة*
- القصة العينية والطبية السابقة
- الأدوية الوضعية والجهازية
- الرضوض
- ارتداء العدسة اللاصقة
- القصة العائلية والاجتماعية

الفحص الفيزيائي المبدئي

- تقييم الوظيفة البصرية
- الفحص الخارجي
- دليل على وجود جحوظ*، إطراق*، عين الأرنب*، أو متلازمة الجفن المرن*
- عدم تناظر الجفن أو الوجه، التندب، وسوء الوظيفة*
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- علامات وحيدة أو ثنائية الجانب
- وذمة* منتشرة* أو موضعية*
- وذمة ظهارية* أو لحمية* بالأساس

- دليل على تعطل* ظهاري، ارتشاح* لحمي، نمو داخلي* ظهاري، خطوط*، تسمك* موضع، ترقق*، تندب، تغيم* السطح البيني*، خطوط أو التهاب، أو توعي* لحمي
- دليل على تنقطة*، تمزق* أو انفصال* غشاء ديسمي*، حويصلات* بطانية*، ترسبات* كيراتية* (KP)، التصاقات قزحية* صباغية محيطية أمامية
- تورط* نسيج المضيف* أو المعطي*
- دليل على وذمة قرنية قطاعية* و KP ، أو ارتكاس* الغرفة الأمامية*
- حالة، شكل، وتوضع الحدقة* والقزحية*
- دليل على حبال* الزجاجي* أو تغبر* صباغي
- حالة وتوضع العدسة*
- قياس ضغط العين
- فحص قعر العين*
- تنظير الزاوية*

الفحوص التشخيصية

- قياس الحدة الكامنة*
- الانكسار المضاف* بالعدسة اللاصقة الصلبة*
- قياس السماكة*
- تصوير شايمفلوغ*
- التنظير* المرآتي* والمستقطب*
- التصوير المقطعي البصري* للقسم الأمامي
- التنظير الحيوي* بالأمواج فوق الصوت*

وذمة وكثافة القرنية [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

- إن هدف العلاج هو السيطرة على سبب وذمة* أو كثافة* القرنية وتعزيز نوعية حياة المريض بتحسين حدة* البصر والراحة
 - تبدأ المعالجة بالتدبير الطبي، ولكن في النهاية قد يتم اللجوء للجراحة
 - وذمة القرنية: التدبير الطبي
 - يساعد تخفيض ضغط العين المرتفع
 - لا يجب أن تكون مثبطات* الكربونيك أنهيدراز* الموضعية الخط الأول في المعالجة عند الشك بسوء وظيفة* البطانة*
 - يمكن أن تضبط الستيرونويدات القشرية* الموضعية للالتهاب* بعد استبعاد الخمج*
 - قد يحدث الداء الظهاري* ذو الكبيسات الدقيقة* أو الفقاعي* عدم الراحة* أو الألم مما يتطلب وضع عدسة لاصقة* ضمادية*. ينصح باستبدال العدسة الدوري عند الاستخدام طويل الأمد
 - وذمة القرنية: التدبير الجراحي
 - المرضى المصابين بوذمة القرنية وعدم الراحة المستمر، ولكن مع كمون* بصري محدود أو معدوم، هم بشكل عام المرشحون الأفضل للإجراءات التالية:
 - قطع القرنية العلاجي الضوئي*
 - شريحة الملتحمة لـ Gunderson
 - اغتراس* القرنية
 - رأب القرنية* البطني*
 - رأب القرنية الثاقب*
 - كثافة القرنية: التدبير الطبي
 - يمكن أن يقسم علاج كثافة القرنية إلى طورين: أ) تدبير السير الرئيسي البدئي (مثال، الخمج، الرض)، و ب) تدبير المشكلات الناتجة (مثال، سحجات* وعدم انتظام* السطح، التندب*، الترقق*، والتوعي*)
 - يشمل العلاج التقليدي قطرة أو مرهم صاد حيوي* للوقاية ضد خمج جرثومي ثانوي
 - قد يساعد الصمغ* المؤقت، خياطة رفو الجفن*، أو شرائح* الجفن عند عدم ملائمة طرف العين* أو إغلاق الجفن
 - قد تساعد العدسة اللاصقة الضمادية في حالات الترمم المتأخر
 - العدسة القاسية* النفوذة للغاز* – أو العدسة الهجينة* أو العدسة الصلبة* عندما تكون الثباتية الأكبر مطلوبة – تحسن
- غالباً البصر عند وجود عدم انتظام السطح كعامل؛ مثل هذه العدسات قد تجنب الحاجة لإجراءات أكثر عدائية*
- كثافة القرنية: التدبير الجراحي
 - تعتمد الإستراتيجية الجراحية لتدبير الكثافات القرنية على طبقة/طبقات النسيج المصابة:
 - أكثر ما يساعد التنضير* الظهاري في الآفات أمام طبقة بومان*
 - قد يستخدم EDTA لإزالة اعتلال القرنية* الشريطي* المتكلس*
 - Mitomycin-C للتندب تحت الظهاري*، طبقة بومان، واللحمة* الأمامية قد يساعد في الحالات المحتملة للنكس*
 - قد يخفي الوشم* القرني تجميلياً أبيضاضات القرنية* سيئة المظهر
 - تتطلب آفات القرنية الأمامية الممتدة لما خلف طبقة بومان إلى اللحمة الأمامية والمتوسطة علاج أكثر شمولية مثل قطع القرني* السطحي، رأب القرنية الصفيحي* أو الثاقب، وبدائل القرنية*
- ### التقييم عند المتابعة
- في تدبير وذمة القرنية، تعتبر المتابعة أساسية لمراقبة سوء الوظيفة* البطني*
 - في تدبير الكثافة القرنية، تعتبر المتابعة ضرورية لمراقبة شفافية* القرنية وعدم انتظام السطح
 - تتطلب المشاكل المرافقة، وخاصاً الالتهاب داخل العين وضغط العين، إعادة تقييم منتظم
- ### المشورة* والإحالة*
- تعتبر المناقشة المفصلة حول أسباب الوذمة أو الكثافة، وخيارات العلاج المختلفة هامة
 - يوصى بالإحالة إلى تحت أخصائي* القرنية عندما تكون مقاربات التدبير التشخيصية أو الطبية المتطورة* مطلوبة (مثال، في الحالات التي تتجاوز تدريب الطبيب المعالج).
 - الإحالات إلى تحت الاختصاصات العينية في الشبكية، الزرق أو الأطفال قد تكون أيضاً مطلوبة. وبعد إيجاد حل للمشكلة، أو بعد استقرارها، فإن الإحالة الراجعة إلى طبيب العيون العام* مناسبة
 - عندما يكون سير الداء أو التدبير معقد، يجب بذل كل جهد لنصح المريض فيما يتعلق بهكذا تحديات لإتاحة التوقعات الملائمة واتخاذ القرار بعد كامل الاطلاع*.

متلازمة العين الجافة [التقييم المبدي]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- الأعراض والعلامات العينية (الحساسية والدماع والحروق والقراص وحساسية الجسم الخارجية أو الجفاف والحكة اللطيفة ورهاب الضوء والرؤيا غير الواضحة والحساسية تجاه العدسات اللاصقة والاحمرار وتفرغ المخاط وتردد الوميض الزائد وتعب العينين والتذبذب اليومي والأعراض التي تسوء بعد ذلك في اليوم) [III:A]
- الظروف التي تزيد من شدة الأعراض (الرياح والسفر عبر الجو والرطوبة المنخفضة والجهود المرئية المطولة المقترنة بمعدل الوميض المنخفض مثل القراءة واستخدام الكمبيوتر) [III:B]
- فترة استمرار الأعراض [III:A]
- القصة العينية، وتتضمن

- الأدوية الموضعية المستعملة وتأثيرها على الأعراض (مثل الدموع الصناعية و"غسل العين" ومضادات الهيستامين وأدوية الزرق ومضيقات الأوعية ومواد الكورتيزون والمستحضرات البديلة والعشبية) [III:A]
- استعمال العدسات اللاصقة، أوقات استعمالها والعناية بها [III:A]
- التهابات الملتحمة* الأرجية [III:A]
- القصة العينية الجراحية [III:A] (رأب قرنية* سابق، جراحة ساد*، جراحة انكسارية قرنية*)
- أمراض سطح العين* [III:A] (مثال: فيروس الحلأ البسيط، فيروس الحماق وداء المنطقة*، الداء الفقاعاني الغشائي المخاطي* العيني، متلازمة* ستيفن جونسون*، انعدام القرنية*، مرض الطعم ضد المضيف*)
- جراحة النقاط* الدمعية [III:A]
- جراحة الأجفان [III:A] (مثال: جراحة سابقة لإصلاح الانسدال*، رأب الأجفان*، إصلاح الشتر الداخلي* / الشتر الخارجي*)
- شلل بل* [III:A]

القصة المرضية، وتتضمن

- التدخين أو التعرض للتدخين السلبي [III:A]
- الأمراض الجلدية [III:A] (مثال: الوردية* والصداف*)
- تقنية وتواتر غسل الوجه، متضمنة العناية بصحة الأجفان* والأهداب* [III:A]
- التأتب* [III:A]
- سن الإياس* [III:A]
- الأمراض الالتهابية* الجهازية [III:A] (مثال: متلازمة جوجرن*، مرض الطعم ضد المضيف*، التهاب المفاصل الرثياني*، الذئبة الحمامية الجهازية*، تصلب الجلد*)
- الأمراض الجهازية الأخرى [III:A] (مثال: للمفوما*، الساركوما*)
- الأدوية الجهازية [III:A] (مثال: مضادات الهيستامين*، المدرات*، الهرمونات والمضادات* الهرمونية، مضادات الاكتئاب*، الأدوية المضادة للالتهابات* القلبية، diphenoxylate/atropine، isotretinoin، مضادات مستقبلات بيتا الأدرنرجية*، أدوية المعالجة الكيميائية*، أي دواء ذي فعل مضاد للكلولين*)
- الرضوض [III:B] (مثال: الميكانيكية، الكيميائية، الحرارية)
- الأحمال الفيروسية المزمنة [III:B] (مثال: التهاب الكبد* C، فيروس عوز المناعة المكتسب*)
- الجراحة غير العينية [III:B] (مثال: اغتراس* نقي العظم*، جراحة الرأس والعنق، جراحة علاج الألم العصبي لمثلث التوائم*)

الفحص الفيزيائي المبدي

- حدة* البصر [III:A]
- الفحص الخارجي
- الجلد (تصلب الجلد وتغيرات الوجه المتناسقة مع الوردية والزهية*) [III:A]
- الأجفان (الإغلاق/سوء التوضع غير الكامل والوميض غير الكامل أو غير المتكرر وتلكؤ الجفن وحمامي هوامش الجفن والرواسب أو الإفرازات غير الطبيعية والشرخ الداخلي لجفن العين والشرخ الخارجي لجفن العين) [III:A]
- الملحقات (توسيع الغدد الدمعية*) [III:A]
- الجحوظ* [III:B]
- وظيفة الأعصاب القحفية (العصب الخامس من الأعصاب القحفية [العصب المثلث التوائم]) والعصب السابع من الأعصاب القحفية [عصب الوجه]* [III:A]
- اليدان (مواصفات تشوهات المفاصل لالتهاب المفاصل الروماتويدي، ظاهرة رينو*، نزف شطوي* تحت الأظافر) [III:B]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- فلم الدمع (ارتفاع هرمونات سن اليأس والانزلاق واللزوجة الزائدة وخيوط المخاط والرغوة وزمن التحطم* ونموذجه) [III:A]
- الأهداب (انحراف الأهداب والشعرة وتساقط الأهداب والرواسب*) [III:A]
- حواف الأجفان الأمامية والخلفية (الحالات الشاذة للأكياس الدهنية حول العين [مثل، حوّل الفتحات والزيوت الواقي التعبيري المنخفض الضمور] وميزة إفرازات الغدة اللعابية [مثل، التعكر والمتخن ورغوي والناقص] وتصبح الأوعية الدموية التي تمر عبر الموصل المخاطي الجلدي والتقرن والتندب) [III:A]
- النقاط الدمعية (السالكية والموضع والظهور وموضع السدادات) [III:A]
- الرتج* السفلي والملتحمة* الظفرية (مثل، المسالك البولية والتندب والحمامي وحساسية الحلمات وتوسيع الجريب والتقرن والتقصير والالتصاق الملتحمة*) [III:A]
- الملتحمة البصلية (مثل، التلون الثاقب بوردية البنغال أو أخضر الليسامين أو الأصباغ الفلوريسينية، الاحتقان، الجفاف الموضع، التقرن، الوذمة، التهدل، الجريبات*) [III:A]
- القرنية (الجفاف الموضع بين الجفنين والتآكلات الظاهرية الثاقبة والتلون الثاقب بوردية البنغال أو الأصباغ الفلوريسينية والخيوط والعيوب الظاهرية وعدم انتظام الغشاء القاعدي واللويحات المخاطية والتقرن وتكوين السبل والترقيق والترشحات والقرحة والتندب والتوغي الحديث ودليل على جراحة القرنية والانكساري*) [III:A]

العين الجافة [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

- معالجة كافة العوامل المسببة القابلة للمعالجة، حيث أن المرضى الذين لديهم أعراض العين الجافة يملكون غالباً العديد من العوامل المساهمة في الحالة [III:A]
- يتحدد ترتيب وكيفية إشراك المعالجات اعتماداً على احتياجات المريض وخياراته المفضلة، وكذلك على المحاكمة الطبية لطبيب العيون المعالج [III:A]
- تعد المعايير التالية ملائمة في الحالات الخفيفة من العين الجافة:
 - التوعية والتعليم، والتعديلات في البيئة المحيطة [III:A]
 - حذف الأدوية الموضعية أو الجهازية التي تساهم في الحالة [III:A]
 - تعزيز* المركبة المائية في فلم الدمع عن طريق استعمال بدائل الدموع الاصطناعية* على شكل هلام* أو مرهم* [III:A]
 - معالجة الأجفان (الكدمات الدافئة* والعناية بصحة الأجفان*) [III:A]
 - معالجة العوامل العينية المساهمة كالتهاب حواف الأجفان* والتهاب غدد ميبوميوس* [III:A]
 - تصحيح شذوذات* الأجفان
- إضافة للمعالجات المذكورة أعلاه، تعد المعايير التالية ملائمة في الحالات المتعدلة من العين الجافة:
 - العوامل المضادة للالتهاب* (cyclosporine) الموضعي [I:A] والستيروئيدات القشرية*، [II:A]
 - المتممات* الغذائية الجهازية الحاوية على الأحماض الدهنية* من نوع أوميغا 3- [II:A]
 - سدادات* النقاط* الدمعية [III:A]
 - الدروع* الجانبية في النظارات والغرف الرطبة* [III:A]
- إضافة للمعالجات المذكورة أعلاه، تعد المعايير التالية ملائمة في الحالات الشديدة من العين الجافة:
 - الشادات* الكولنرجية* الجهازية [I:A]
 - العوامل الجهازية المضادة للالتهاب [III:A]
 - العوامل الحالة للمخاط* [III:A]
 - الدموع المصلية الإسوية* [III:A]
 - العدسات اللاصقة* [III:A]
 - تصحيح شذوذات* الأجفان [III:A]
 - الإغلاق الدائم للنقاط الدمعية [III:A]
 - رفو الأجفان* [III:A]

- مراقبة المرضى الموضوعين على العلاج بالستيروئيدات القشرية خشية حدوث التأثيرات الجانبية* كارتفاع ضغط العين، ذوبان* (تلاشي) القرنية، وتشكل الساد* [III:A]
- توعية وتعليم المريض
 - إعلام المرضى حول الطبيعة المزمنة للعين الجافة وتاريخ سيرها الطبيعي. [III:A]
 - تزويد المرضى بتوجيهات خاصة حول الأنظمة العلاجية. [III:A]
 - إعادة التحقق بشكل دوري من مطووعة* المريض وفهمه لطبيعة المرض، والمخاطر الناجمة عن التبدلات البنيوية* المرافقة، والتوقعات الواقعية* للتدبير الفعال، وإعادة تعزيز* توعية وتعليم المريض. [III:A]
 - إحالة المرضى الذين لديهم تظاهرات لأعراض جهازية إلى الطبيب المختص. [III:A]
 - تحذير المرضى المشخص لديهم متلازمة العين الجافة بأن الجراحة الإنكسارية القرنية، وخاصة جراحة الليزك، قد تزيد من سوء حالة جفاف العين لديهم. [III:A]

الغمش - العين الكسولة - [التقييم المبدي وعند المتابعة]

[III:A] والنفسية للمريض.

- هدف المعالجة هو تحقيق تساوي حدة البصر بين العينين. [III:A]
- حالما يتم الوصول لحدة البصر الأعظمية، فإن المعالجة تخفف تدريجياً حتى توقف في النهاية. [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة:
 - الفصاة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
 - الالتزام بخطة العلاج [III:A]
 - الآثار الجانبية للعلاج [III:A]
 - الدقة البصرية لكل عين [III:A]
- تم ترتيب الفحص عند المتابعة بشكل عام لتكون من شهرين إلى 3 شهور بعد بدء العلاج [III:A]
- يختلف التوقيت وفقاً لكثافة العلاج وعمر الطفل [III:A]
- المراقبة المستمرة مطلوبة لأن ربع عدد الأطفال الذين تم علاجهم بنجاح يعانون من تجدد حدوث المرض خلال العام الأول بعد توقف العلاج. [III:A]

توعية وتعليم المريض

- مناقشة التشخيص، شدة المرض، الإنذار * وخطة المعالجة مع المريض أو الأهل و / أو مسؤولي العناية*. [III:A]
- شرح طبيعة الاضطراب*، وإشراك الأهل في خطة المعالجة. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلة]

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية، وتتضمن مراجعة للظروف الطبية قبل وحول وبعد الولادة [III:A]
- القصة العائلية، وتتضمن الحالات العينية والأمراض الجهازية ذات الصلة [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلة]

- تقييم حدة* البصر ونموذج التنبيت* [III:A]
- الارتصاف بكلا العينين والحركية العينية [III:A]
- اختبار المنعكس الأحمر ثنائي الجانب (اختبار Brückner) [III:A]
- فحص الحدة* [III:A]
- الفحص الخارجي [III:A]
- فحص القسم الأمامي [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]

تدبير العناية

- يجب إعطاء كل الأطفال الذين يعانون من العين الكسولة محاولة أخرى عند العلاج بغض النظر عن العمر [III:A]
- يتم اختيار المعالجة اعتماداً على عمر المريض، حدة البصر، المطاوعة* مع المعالجة السابقة، والحالة الفيزيائية والاجتماعية

الحول الأنسي [التقييم المبدي وعند المتابعة]

التقييم عند المتابعة

- إن التقييم الدوري ضروري بسبب خطورة تطوير الغمش دون الرؤية بالمنظار المزدوج والمعاودة [II:A]
- قد تتم متابعة الأطفال الذين تم إجراء ارتصاف لهم بشكل جيد والذين قد لا يعانون من الغمش كل 4 إلى 6 شهور. [III:A]
- يمكن تقليل معدل زيارات المتابعة إذا كان طفلاً ناضجاً. [III:A]
- قد تشير النتائج الجديدة أو المتغيرة إلى ضرورة إجراء مزيد من فحوصات المتابعة المتكررة. [III:A]
- يجب تقييم مد البصر سنوياً على الأقل وبشكل متكرر في حالة انخفاض الدقة البصرية أو زيادة الحول الإنسي [III:A]
- ينصح بتكرار الفحص الخاص بانكسار شلل العضلة الهدبية إذا لم يستجب الحول الإنسي للدواء الموصوف المبدي لانكسار طول النظر أو عند معاودة الحول الإنسي بعد الجراحة. [II:A]

توعية وتعليم المريض

- مناقشة الموجودات مع المريض و/أو الأهل / مسؤولي العناية* لتعزيز* فهم المرضى للاضطراب* وإشراكهم في خطة المعالجة. [III:A]
- توضع خطط المعالجة بالتشاور مع المريض و/أو العائلة / مسؤولي العناية. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدلية]

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- القصة العينية (تاريخ البدء وتواتر ظهور الانحراف*، وجود أو غياب الشفع*) [III:A]
- القصة الجهازية (مراجعة العوامل الطبية قبل وحول وبعد الولادة) [III:A]
- القصة العائلية، (الحول*، الغمش*، نوع من النظارات وقصة الارتداء، جراحة على العضلات خارج العين، الأمراض الوراثية)*. [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدلية]

- نموذج التثبيت وحدة* البصر [III:A]
- الارتصاف* العيني الثنائي (للبعد والقرب) [III:A]
- وظيفة العضلات خارج العين [III:A]
- اختبار الرؤية العينية الحركية لعين واحدة ولكلتا العينين الخاص بعدم تماثل التتبع المؤقت الأنفي. [III:A]
- اكتشاف الرؤية الكامنة أو الظاهرة* [III:A]
- الاختبارات الحسية* [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]

تدبير العناية

- يجب أن تخضع كل حالات الحول الأنسي للمعالجة واستعادة الارتصاف العيني بقدر الإمكان [III:A]
- توصف العدسات المصححة لأي سوء انكسار هام سريرياً [I:A]
- إذا كان التدبير الخاص بالغمش والنظارات غير فعال في ارتصاص العينين، فيستطب التصحيح الجراحي [III:A]
- البدء بمعالجة الغمش قبل الجراحة لتبديل زاوية الحول وزيادة أرجحية تطور الرؤية بالعينين* [III:A]

الحول الوحشي [التقييم المبني وعند المتابعة]

التقييم عند المتابعة

- يعتمد معدل تقييمات المتابعة على عمر الطفل، والقدرة على التمتع بدقة بصرية، والتحكم في الانحراف [III:A]
- يتم فحص الأطفال الذين يعانون من التحكم الانصهاري الجيد في الحول الوحشي المتقطع والذين لا يعانون من الغمش كل 6 إلى 12 شهراً [III:A]
- يمكن زيادة الفترة الفاصلة بين الفحوص بمجرد انخفاض النضوج المرئي [III:A]
- يتضمن التقييم القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحوص، والالتزام* بالعلاج (إذا كان هناك معالجة)، وتقييم الحركية العينية [III:A]

توعية وتعليم المريض

- مناقشة الموجودات مع المريض و/ أو الأهل / مسؤولي
- العناية* لتعزيز* فهم المرضى للاضطراب* وإشراكهم في خطة العلاج. [III:A]
- توضع خطط المعالجة بالتشاور مع المريض و/أو العائلة / مسؤولي العناية. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبني [العناصر الدلية]

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- القصة العينية (تاريخ البدء وتواتر ظهور الانحراف*، وجود أو غياب الشفع*) [III:A]
- القصة الجهازية (مراجعة العوامل الطبية قبل وحول وبعد الولادة) [III:A]
- القصة العائلية (الحول*، الغمش*، نوع النظارات وقصة ارتدائها، جراحة على العضلات خارج العين، الأمراض الوراثية)*. [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدلية]

- نمط التثبيت وحدة* البصر [III:A]
- الارتصاف* العيني الثنائي (للبعد والقرب) [III:A]
- وظيفة العضلات خارج العين [III:A]
- اكتشاف الرؤية الكامنة أو الظاهرة* [III:A]
- الاختبارات الحسية* [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]

تدبير العناية

- يجب مراقبة كل أشكال الحول الوحشي حيث إن بعضها يتطلب العلاج [III:A]
- يمكن متابعة الأطفال الذين يعانون من الحول الوحشي المتقطع والتحكم الانصهاري الجيد دون جراحة [II:A]
- الانحرافات الموجودة كل الوقت أو معظمه تتطلب العلاج [III:A]
- توصف العدسات المصححة لأي سوء انكسار هام سريرياً [III:A]
- النماذج الأمثل من المعالجة ما تزال غير مثبتة تماماً

الجراحة الإنكسارية القرنية [التقييم المبدي وعند المتابعة]

توعية وتعليم المريض

يجب مناقشة فوائد ومخاطر الإجراء المخطط له مع المريض.
[III:A] تتضمن عناصر المناقشة ما يلي:

- مجال النتائج الإنكسارية المتوقعة
- سوء الانكسار * المتبقي
- التصحيح للقراءة و / أو البعد بعد العملية
- فقدان أفضل حدة بصرية مصححة*
- التأثيرات الجانبية * والمضاعفات (مثال: التهاب القرنية الجرثومي *، التهاب القرنية العقيم *، بروز القرنية *)
- تبدل في الوظيفة البصرية، والتي ليست بالضرورة أن تقاس باختبار حدة الإبصار *، بما فيه سطوع * الضوء والرؤية في ظروف الإنارة المنخفضة
- احتمال أن تظهر أو تسوء أعراض الرؤية الليلية (السطوع، الهالات *)، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند المرضى ذوي خلل الانكسار * عالي الدرجة أو عند الأفراد الذين يتطلبون وظيفة بصرية عالية في ظروف الإنارة المنخفضة
- التأثير على الارتصاف العيني
- ظهور أو ازدياد شدة أعراض جفاف العين
- متلازمة التآكل المعاو
- قيود جراحة العيون المتعلقة بمد البصر الشيكوخي واحتمال فقد وظيفة قصر النظر غير المصحح المصاحبة لتصحيح قصر النظر
- فوائد ومساوئ الرؤية الوحيدة * (بالنسبة للمرضى بعمر قصو البصر *)
- فوائد ومساوئ التسحيج * التقليدي * المتقدم *
- فوائد ومساوئ الجراحة الإنكسارية القرنية ثنائية الجانب في نفس اليوم مقارنة مع تلك التي تجرى بالتوالي على كل عين على حدة. ونظراً لأن الرؤية قد تكون ضعيفة لبعض الوقت بعد جراحة قطع القرنية الانكساري الضوئي * (PRK) ثنائية الجانب في نفس اليوم، يجب إعلام المريض أن بعض الفعاليات مثل قيادة السيارة قد لا تكون ممكنة لمدة أسابيع بعد الجراحة
- قد تؤثر على الدقة المتوقعة لحسابات IOL لجراحة الماء الأبيض اللاحقة
- وضع خطط العناية بعد العمل الجراحي (ظروف العناية، مقدمي العناية)

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- الوضع الحالي للوظيفة البصرية [III:A]
- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية [III:A]
- الأدوية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي

- حدة * طول البصر بتصحيح وبدون تصحيح [III:A]
- الانكسار الظاهري *، مع إرخاء المطابقة * عند الضرورة [III:A]
- تحليل طبوغرافية * القرنية * المحوسب * [III:A]
- قياس ثخانة القرنية المركزية [III:A]
- تقييم فلم الدمع وسطح العين [III:A]
- تقييم الحركية * والارتصاف * العيني [III:A]

تدبير العناية

- يوقف استعمال العدسات اللاصقة * قبل الفحص ما قبل الجراحة وقبل الجراحة [III:A]
- إعلام المريض بالمخاطر والفوائد الكامنة والخيارات البديلة بين الإجراءات الإنكسارية * المختلفة [III:A]
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة، يجب إعطاء المريض الفرصة للحصول على إجابات كافية عن كل أسئلته قبل الجراحة [III:A]
- التحقق من الأجهزة والأدوات ومعايرتها قبل العملية [III:A]
- يتحقق الجراح من هوية المريض، العين المجراة عليها العملية، ومن صحة إدخال المعلومات والبيانات في الكمبيوتر الملحق بجهاز الليزر * [III:A]

العناية بعد العمل الجراحي

- يعد الجراح مسؤولاً عن التدبير بعد الجراحة [III:A]
- بالنسبة للعمليات التي تستخدم تقنية التسحيج السطحي *، ينصح بالفحص في اليوم التالي للجراحة ثم كل 2 - 3 أيام حتى اكتمال التئام الظهارة [III:A]
- بالنسبة لعمليات الليزك غير المترافقة بمضاعفات *، يتم الفحص خلال 36 ساعة من الجراحة، وتكون الزيارة الثانية بعد 1 - 4 أسابيع، ومن ثم تحدد الزيارات حسب ما هو ملائم [III:A]

ملحق / 1 /

المترادفات الإنكليزية للتعبير والمصطلحات الواردة في الترجمة العربية

Rheumatoid arthritis: التهاب مفاصل رثياني	أ
Conjunctivitis: التهاب ملتحمة	ابيضاض القرنية: Leukoma
Keratoconjunctivitis: التهاب ملتحمة وقرنية	اتخاذ القرار بعد كامل الاطلاع: Informed Decision-
Inflammatory: التهابي	making
Trigeminal neuralgia: ألم عصبي لمثلث التوائم	أجزاء دائرية قرنية داخل اللحمية: Intrastromal Corneal
Preauricular: أمام الأذن	Ring Segment
Extent: امتداد	أجسام سابحة: Floaters
Amoebic: أميبي	إحالة: Referral
Deviation: انحراف	أحماض دهنية: Fatty acids
Prognosis: إنذار	أخصائي الغدد الصم: Endocrinologist
Ptosis: انسداد	ارتشاح: Infiltrate / Infiltration
Aniridia: انعدام القرنية	ارتصاف: Alignment
Detachment: انفصال	ارتكاس: Reaction
Retinal detachment: انفصال شبكية	أرج: Allergy
Refraction: إنكسار	أرجية: Allergic
Overrefraction: انكسار مضاف	استخراج المخاط: Mucus Fishing
Refractive: إنكساري	استسقاء: Hydrops
Keratorefractive: إنكساري قرني	استطببات: Indications
Eyelashes: أهداب	إسوي: Autologous
Primary: أولي	إصابة: Injury
Gram-positive: إيجابية الغرام	اصطناعية: Artificial
ب	أصغري: Minimal
Prominent: بارز	اضطراب: Disorder/Abnormality
Parkinson: باركنسون	إطراق: Ptosis
Keratoprosthesis: بدائل القرنية	إعادة تعزيز: Reinforce
Chalazion: بردة	اعتلال الشبكية: Retinopathy
Keratectasia / Corneal Ectasia: بروز القرنية	اعتلال الشبكية السكري التكاثري: Proliferative Diabetic
Predominantly: بشكل سائد	Retinopathy
Operculated: بشكل غطاء	اعتلال العقد اللمفاوية: Lymphadenopathy
Bulbar: بصليّة	اعتلال القرنية: Keratopathy
Iridotomy: بضع قزحية	اغتراس: Transplant / Transplantation
Capsulotomy: بضع محفظة	أفضل حدة بصرية مصححة: Best-corrected Visual
Endothelium: بطانة	Acuity
Endothelial: بطاني	اكزيمة: Eczema
Glaukomflecken: بقع زرقية	إكزيم: Excimer
Pseudophakic: بلورة كاذبة	أكسيد النتروز: Nitrous oxide
Tectonic: بنائي	التصاقات: Synechiae
structural: بنويّة	التهاب: Inflammation
Focal: بؤر	التهاب باطن العين: Endophthalmitis
Genitourinary: بولية تناسلية	التهاب حواف الأجفان: Blepharitis
Bowman: بومان	التهاب غدد ميبوميوس: Meibomianitis
	التهاب قرنية جرثومي: Bacterial keratitis
	التهاب كبد: Hepatitis

ت

Enhancement : تعزيز	Atopy : تأنب
Breackdown : تعطل	Atopic : تأنبية
Dusting : تغبر	Side effects/ Adverse effects : تأثيرات جانبية
Patching : تغطية	Protrusion : تبارز
Haze : تغييم	Refractive lens exchange : تبديل البلورة الإنكساري
Scleral depression : تفريض الصلبة	Hyperemia : تبيغ
Cup-to-Disc : تقعر إلى قرص	Fixation : تثبيت
Classical/Conventional : تقليدي	Controlled trial : تجارب ذات شاهد
Suppuration : تقحج	Empiric : تجريبية
Hypopyon : تقحج الغرفة الأمامية	Descemet Stripping : تجريد ديسمي
Evaluation : تقييم	Cavities : تجوف
Choroidal Neovascularization : تكون الأوعية الحديث المشيماني	Subspecialist : تحت أخصائي
Fibrosis : تليف	Subepithelial : تحت ظهاري
tear : تمزق	Subfoveal : تحت نقرة
Dialyses : تمزقات شبكية محيطية	Gazing : تحديق
Syneresis : تميع	Break-up : تحطم
Debridement : تنضير	Computer-based image analysis : تحليل صورة بواسطة الكمبيوتر
Microscopy : تنظير	Topography : تحليل طبوغرافية
Biomicroscopy : تنظير حيوي	Tolerance : تحمل
Stereo biomicroscopy : تنظير حيوي مجسم	Photocoagulation : تخثير ضوئي
Gonioscopy : تنظير زاوية	Thermal laser : تخثير ضوئي حراري بالليزر
Retinoscopy : تنظير شبكية	photocoagulation : تخثير ضوئي لكامل الشبكية
Funduscopy examination : تنظير قعر العين	Panretinal photocoagulation : تخثير ضوئي لكامل الشبكية
Indirect ophthalmoscopy : تنظير قعر العين اللامباشر	Ultrasonography : تخطيط الصدى
Stereoscopic visualization/ : تنظير مجسم	Second-hand smoke : تدخين سلبي
Stereoscopic examination : تنظير مجسم	Precipitate : ترسب
Guttæ : تنقط	Thinning : ترقق
Degeneration : تنكس	Madarosis : تساقط الأهداب
Tapetoretinal Degeneration : تنكس شبكي	Indicated : تستطب
Lattice degeneration : تنكس شبكي	Ablation : تسحيج
Age-related Macular Degeneration : تنكس لطفة مرتبط بالعمر	Surface ablation : تسحيج سطحي
Chalasis : تهدل	Leakage : تسرب
Irritation : تهيج	Thickening : تسمك
Involvement : تورط	Crosslinking : تشبيك
Swelling : تورم	Diagnostic : تشخيصية
Vascularization : نوعي	Immunodiagnostic : تشخيصية مناعية
ث	Radiation : تشعيع
Penetrating : ثاقب	Metamorphopsia : تشوه المرئيات
Hole : ثقب	Over-the-counter : تصرف من دون وصفة طبية
Pinhole : ثقب ضيق	Scleroderma : تصلب الجلد
ج	Trabeculoplasty : تصنيع التربيق
Proptosis : جحوظ	Stereophotography : تصوير مجسم
Filtering surgery : جراحة راشحة	Optical coherence tomography : تصوير مقطعي بصري
Dose : جرعة	Angiography : تصوير وعائي
Loading dose : جرعة تحميل	
Follicles : جريبات	
Systemic : جهازية	

ذو الكبيسات الدقيقة: Microcystic

ذوبان: Melting

ر

رأب أجفان: Blepharoplasty

رأب قرنية: Keratoplasty

رأب عين: Oculoplasty

رأرأة: Nystagmus

ربو: Asthma

رتج: Fornix

رتجية: Forniceal

رضي: Traumatic

رطوبة: Moisture

رفض: Rejection

رفو الأجفان: Tarsorrhaphy

رهاب الضوء: Photophobia

رؤية بالعينين: Binocularity

رؤية وحيدة: Monovision

ريتينويدات: Retinoids

ز

زجاجي: Vitreous

زرع: Culture

زرق: Glaucoma

زهمية: Seborrhea

س

ساحة بصرية: Visual field

ساد: Cataract

ساركويد: Sarcoidosis

ستيرويدات قشرية: Corticosteroids

ستيفن جونسون: Stevens-Johnson

سحجة: Erosion

سدادة: Plug

سرطانة: Carcinoma

سرطانة زهمية الخلايا: Sebaceous cell carcinoma

سرير لحمي: Stromal bed

سريرية: Clinical

سطح العين: Ocular surface

سطح بيني: Interface

سطح فاصل بين الشبكية والزجاجي: Vitreoretinal interface

سطوع: Glare

سلبية الغرام: Gram-negative

سمية: Toxicity

سن الإياس: Menopause

سنلن: Snellen

سوء انكسار: refractive error

سوء وظيفة: Dysfunction / Malfunction

جوغرن: Sjögren

ح

حاد: Acute

حالة للمخاط: Mucolytic

حبال: Strands

حجاج: Orbit

حدة: acuity

حدة الرؤية المجسمة: Stereoacuity

حدقة: Pupil

حركية: Motility

حسر البصر: Myopia

حسية: Sensory

حكة: Itching

حلاً نطاقي عيني: Herpes zoster ophthalmicus

حمل: Pregnancy

خوف: Limbus

حول: Strabismus

حول الحجاج: Periorbital

حول أنسي: Esotropia

حول وحشي: Exotropia

حوصل: Vesicle

خ

خبثاءة: Malignancy

خريطة قوة الانكسار الطبوغرافية: Topographic Power Map

خريطة الارتفاع الطبوغرافية: Topographic Elevation Map

خزعة: Biopsy

خضاب: Hemoglobin

خط: Stria

خفي: Occult

خفيف: Mild

خلايا بدنية: Mast-cells

خلل انكسار: Ametropia

خمج: Infection

خمجي: Infectious

د

داء الجفن المرن: Floppy Eyelid Disease

داء فقاعاني غشائي مخاطي: pemphigoid Mucous membrane

دراسات تحليلية: Cohort

دراسات تحليلية رجعية لحالات سريرية مع شاهد Case control analytical studies

درع: Shield

دماع: Tearing

دمعية أنفية: Nasolacrimal

ديسميه: Descemet

ذ

ذئبة حمامية جهازية: Systemic lupus erythematosus

ش

شادات: Agonists
شاميفلوغ: Scheimpflug
شبكة: Grid
شبكة أمسلر: Amsler grid
شبيكية: Retina
شتر خارجي: Ectropion
شتر داخلي: Entropion
شحميات: Lipid
شديد: Severe
شذوذات: Abnormalities
شريحة: Splint
شريط: Band
شظوي: Splinter
شعرة: Trichiasis
شعرية: Capillary
شفافية: Clarity
شفع: Diplopia
شق: Break
شق شبكي: Retinal break
شقيقة: Incisional
شلل بل: Bell palsy

ص

صاد / صاد حيوي: Antibiotic
صباغ: Pigment
صداف: Psoriasis
صفحي: Lamellar
صلابة: Rigidity
صلبة: Sclera
صلبية: Scleral
صمغ: Glue
صيانة: Maintenance

ض

ضادات: Antagonists
ضادات مستقبلات بيتا الأدرنرجية: Beta-adrenergic antagonists
ضمادية: Bandage
ضمور: Atrophy
ضموري: Atrophic

ط

طبقة الألياف العصبية الشبكية: Retinal Nerve Fiber layer
طبيب حساسية: Allergist
طبيب مختص بالمرضيات: Pathologist
طرف العين: Blinking
طعم ضد مضيف: Graft-versus-host

ظ

ظاهرة رينو: Raynaud Phenomenon
ظاهري: Manifest
ظفرية: Tarsal
ظاهرة شبكية صباغية: Retinal Pigment Epithelium
ظهاري: Epithelial

ع

عاتمة: Opaque
عالي الخطورة: High-risk
عام: Comprehensive
عتبة: Threshold
عدائي: Invasive
عدسة: Lens
عدسة داخل العين: IOL
عدسة لاصقة: Contact lens
عدسة لاصقة خلفية: Piggyback Contact Lens
عدم انتظام: Irregularity
عدم تحمل: Intolerance
عدم تناظر: Asymmetry
عدم راحة: Discomfort
عرضي: Symptomatic
عسر البلع: Dysphagia
عسر تبول: Dysuria
عصب بصري: Optic nerve
عصية: Rod
عضوية: Organism
عقاب: Penalization
عقلية: Mental
عقيم: Sterile
عناية بصحة الأجفان: Eyelid hygiene
عوامل محيطية: Enviromental Factors
عوامل مضادة لعامل النمو البطاني الوعائي: Anti-vascular endothelial growth factor agents
عين الأرنب: Lagophthalmos
عينة ذات توزيع عشوائي وذات شاهد: Randomized controlled trial

غ

غدد ميبوميوس: Meibomian gland
غرفة أمامية: Anterior Chamber
غمش: Amblyopia
غير سلية: Nontuberculous
غير مركزي: Decentered

ف

فحص خلوي: Cytology
فحص مجسم: Stereoscopic examination
فرط ضغط الدم: Hypertension

Stroma: لحمية
Stromal: لحمي
Smear: لطاخة
Macula: لطة
Lymphoma: لمفوما
Limbal: لمي
LASIK: ليزك

م

Scatter: مبعثر
Residual: متبقي
Chlamydia: متدثرات
Chlamydia trachomatis: متدثرات حثرية
Involutd: متراجع
Attached: متصل
Sophisticated: متطورة
Mycobacteria: متفطرات
Calcific: متكلس
Syndrome: متلازمة
Mean Pattern Standard Deviation: متوسط الانحراف المعياري للنموذج
Stabilizers: مثبتات
Inhibitors: مثبطات
Lens-induced: محدث بالبلورة
Computerized: محوسب
Mucosal: مخاطية
Infected: مخموج
Hyperopia: مد البصر
Diuretics: مدرات
Specular: مرآتي
Teenage: مراهقة
Ointment: مرهم
Confocal: مستقطب
Baseline: مستوى قاعدي
Caregiver: مسؤول العناية
Counseling: مشورة
Slit-lamp: مصباح شقي
Pigmented: مصطبغة
Serum: مصل
Contraindicated: مضاد استطباب
Anticholinergic: مضاد للكولين
Antidepressants: مضادات اكتئاب
Anti-inflammatory: مضادة للالتهاب
Antiarrhythmic: مضادة للانظميات
Antihistamine: مضادة للهستامين
Complications: مضاعفات
Host: مضيف

Fungal: فطري
Effectivness: فعالية
Bullous: فقاعي
Fleischer: فلايشر
Ultrasound: فوق الصوت
Ultraviolet: فوق بنفسجية
Vogt: فوكت

Herpes simplex virus: فيروس الحلا البسيط
Varicella zoster virus: فيروس الحماق وداء المنطقة
Human immunodeficiency virus: فيروس عوز المناعة المكتسب
Adenovirus: فيروسات غدية

ق

Expansile: قابل للتمدد
Rigid: قاسية
Cranial: قحفية
Ulcer: قرحة
Optic disc: قرص بصري
Cornea: قرنية
Keratoconus: قرنية مخروطية
Iris: قزحية
Presbyopia: قصو البصر
Failure: قصور
Sectoral: قطاعي
Posterior pole: قطب خلفي
Keratotomy: قطع القرنية
PRK: قطع القرنية الإنكساري الضوئي
Phototherapeutic Keratectomy: قطع القرنية العلاجي الضوئي
Fundus: قعر العين
Pediculosis: قمال
Canaliculi: قنيات
Keratometry: قياس القرنية
Pachymetry: قياس سماكة

ك

Potential: كامنة / كمون
Opacification: كثافة
Carbonic Anhydrase: كربونيك أنهيدراز
Scraping: كشاطة
Warm compresses: كمادات دافئة
Collagen: كولاجين
Cholinergic: كولنرجية
Keratic: كيراتية
Cyst: كيسة
Microcystic: كيسيية

ل

Asymptomatic: لا عرضي

ندبة: Scar	مطاوعة: Compliance
نزف: Hemorrhage	مع إرخاء المطابقة: Cycloplegic
نضوج: maturity	معالجة ضوئية دينميه: Photodynamic Therapy
نعل الفرس: Horseshoe	معالجة كيميائية: Chemotherapy
نفوذة للغاز: Gas Permeable	معتدل: Moderate
نقاط: Puncta	معطي: Donor
نقي العظم: Bone marrow	معياري: Standard
نكس: Recurrence	مفترض: Presumed
نمو داخلي: Ingrowth	مفرزات: Discharge
نوكارديا: Nocardia	مقاومة: Resistant
هـ	مقبضات الأوعية: Vasoconstrictor
هالات: Haloes	مكملات: Supplements
هجينة: Hybrid	مكورة: Coccus
هلاله: Crescentic	مكورة بنية: Gonococcus
هلام: Gel	مكورة عنقودية: Staphylococcus
هلام مائي: Hydrogel	مكورة معوية: Enterococcus
و	ملتحمة: Conjunctiva
واقعية: Realistic	ملحقات: Adnexae
وذمة: Chemosis	منتشر: Diffuse
وذمة: Edema	منطقية: Regional
وذمة اللطخة الهامة سريرياً: Clinically Significant	منظار قعر العين المباشر: Direct ophthalmoscope
Macular Edema	منعكس أحمر: Red reflex
وراثية: Genetic	موجه بالمسار الموجي: Wavefront-guided
وردية: Rosacea	موجودات: Findings
وشم: Tattooing	مؤرج: Allergen
وظيفي: Functional	موضع: Localized
وليدي: Neonatal	موضعي: Local
ي	ن
يوثق: Document	ناكس: Recurrent
	نايسيريا بنية: Neisseria gonorrhoeae
	نتج: Exudation
	نتحة: Exudate

ملحق/2

المختصرات الإنكليزية الواردة في النص

AMD: Age-related Macular Degeneration

AREDS: Age-Related Eye Disease Study

BCVA: Best-corrected Visual Acuity

CNV: Choroidal Neovascularization

CSME: Clinically Significant Macular Edema

DALK: Deep Anterior Lamellar Keratoplasty

EDTA: Ethylene Diamine Tetraacetic Acid

FAZ: Foveal Avascular Zone

IOL: Intra-ocular Lens

KP: Keratic Precipitates

LASIK: Laser assisted in situ keratomileusis

MPS: Macular Photocoagulation Study

Nd:YAG: Neodymium: Yttrium Aluminium Garnet

NPDR: Non-Proliferative Diabetic Retinopathy

PDR: Proliferative Diabetic Retinopathy

PDT: Photodynamic Therapy

PRK: Photorefractive Keratectomy

PVD: Posterior Vitreous Detachment

RPE: Retinal Pigment Epithelium

SLK: Superior Limbal Keratoconjunctivitis

TAP: Treatment of Age-related macular degeneration with Photodynamic therapy

VIP: Verteporfin in Photodynamic therapy

ملاحظة: تمت الترجمة بالإعتماد على المعجم الطبي الموحد وقاموس المورد