

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).

شرح حال اولیه (عناصر کلیدی)

- ◆ سابقه مشکلات چشمی [الف - III]
- ◆ سابقه مشکلات سیستمیک [الف - III]
- ◆ سابقه خانوادگی [الف - II]
- ◆ مرور سوابق مرتبط با بیماری [الف - III]
- ◆ ارزیابی تأثیر اختلال عملکرد بینایی بر زندگی روزمره و فعالیت‌های بیمار [الف - III]

معاینه بالینی اولیه (عناصر کلیدی)

- ◆ حدت بینایی [الف - III]
- ◆ مردمک [ب - II]
- ◆ بیومیکروسکوپی سگمان قدامی با اسلیت لامپ [الف - III]
- ◆ اندازه‌گیری فشار داخل چشم [الف - I]
- ◆ ضخامت مرکز قرنیه [الف - II]
- ◆ گونیوسکوپی [الف - III]
- ◆ ارزیابی سر عصب اپتیک و لایه رشته‌های عصبی رتین به صورت سه بعدی با بزرگنمایی [الف - III]
- ◆ ثبت وضعیت ظاهری سر عصب اپتیک با تصویربرداری سه‌بعدی رنگی یا تحلیل تصویر بر اساس کامپیوتر [الف - II]
- ◆ ارزیابی فوندوس (در صورت امکان از طریق مردمک دیلاته) [الف - III]
- ◆ ارزیابی میدان دید، ترجیحاً بوسیله پریمتری اتوماتیک استاتیک با استراتژی آستانه. [الف - III]

طرح درمانی در بیمارانی که به درمان نیاز دارند

♦ با در نظر گرفتن این که آسیب عصب بینایی در محدوده فشار قبل از درمان ایجاد شده است، هدف اولیه آن است که فشار چشم حداقل 25% نسبت به قبل از درمان کاهش یابد. [الف - I]

♦ این هدف اولیه صرفاً یک تخمین است، همه تصمیم‌گیری‌های بالینی باید به صورت اختصاصی برای هر فرد و با در نظر گرفتن نیازهای وی انجام گیرد. [الف - III]

♦ در حال حاضر درمان دارویی شایع‌ترین مداخله درمانی اولیه برای کاهش فشار داخل چشم می‌باشد. برای انتخاب یک رژیم درمانی با حداکثر اثربخشی و پذیرش و تحمل بیمار باید تعادل بین عوارض جانبی و اثربخشی درمان را در نظر داشت تا بتوان در هر بیمار فشار داخل چشم را تا حد موردنظر کاهش داد. [الف - III]

♦ بیماری که تحت درمان با داروهای ضدگلوکوم قرار می‌گیرد باید از لحاظ توکسیسیته و عوارض جانبی موضعی چشمی و عوارض سیستمیک بررسی شود. [الف - III]

♦ در بیماران گزینش شده می‌توان ترابکولوپلاستی لیزری را به عنوان درمان اولیه مدنظر قرار داد. [الف - I]

♦ در بیماران گزینش شده می‌توان جراحی فیلترینگ را به عنوان درمان اولیه مدنظر قرار داد. [الف - I]

جراحی و مراقبت‌های پس از عمل در بیماران ترابکولوپلاستی لیزری

چشم‌پزشکی که اقدام به جراحی می‌کند مسئولیت‌های
زیر را بر عهده دارد:

- اخذ رضایت‌نامه آگاهانه [الف - III]
- کسب اطمینان از اینکه ارزیابی‌های قبل از عمل
ضرورت انجام جراحی را مسجل کرده است [الف - III]
- حداقل یک بار اندازه‌گیری فشار داخل چشم در
فاصله زمانی 30 دقیقه تا 2 ساعت مانده به عمل
[الف - I]
- معاینه پیگیری ظرف 6 هفته پس از جراحی؛ در
مواردی که نگران آسیب عصب بینایی ناشی از بالا
بودن فشار چشم باشیم معاینه باید زودتر انجام
گیرد. [الف - III]

جراحی و مراقبت‌های پس از عمل در جراحی‌های انسیزیونی گلوکوم

چشم‌پزشکی که اقدام به جراحی می‌کند
مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد:

- اخذ رضایت‌نامه آگاهانه [الف - III]
- کسب اطمینان از اینکه در ارزیابی قبل از عمل
یافته‌ها و نیاز به جراحی به درستی منعکس شده
است. [الف - III]
- تجویز کورتیکواستروئید موضعی در دوره پس از
عمل [الف - II]

- انجام معاینه پیگیری در روز اول پس از عمل (12 تا 36 ساعت پس از جراحی) و حداقل یک معاینه دیگر در یکی دو هفته اول. [الف - II]
- در موارد بدون عارضه، انجام یک معاینه دیگر در یک دوره 6 هفته‌ای. [الف - III]
- در صورت نیاز برنامه‌ریزی برای انجام ویزیت‌های مکرر در بیمارانی که پس از عمل دچار عارضه شده‌اند. [الف - III]
- در صورت نیاز، به‌کارگیری درمان‌های اضافی جهت به حداکثر رسانیدن احتمال دستیابی به نتایج موفقیت‌آمیز درازمدت. [الف - III]

آموزش بیمار در موارد درمان طبی

- ♦ توضیح کافی در مورد تشخیص، شدت بیماری، پیش‌آگهی، طرح درمانی و احتمال بالای نیاز به درمان مادام‌العمر. [الف - III]
- ♦ آموزش به بیمار برای بسته نگه داشتن پلک و فشار بر مجرای نازولاکریمال در موقع استفاده از قطره‌های موضعی به منظور کاهش جذب سیستمیک دارو. [ب - II]
- ♦ تشویق بیمار به آگاه کردن چشم پزشک از تغییرات جسمی یا روحی ایجاد شده در زمان مصرف داروهای گلوکوم. [الف - III]

گلوکوم زاویه باز اولیه (معاینات پیگیری)

شرح حال

♦ تغییرات سابقه چشمی نسبت به معاینه قبلی
[الف - III]

♦ تغییرات سابقه درگیری‌های سیستمیک نسبت به معاینه قبلی [ب - III]

♦ عوارض جانبی داروهای چشمی [الف - III]

♦ زمان و دفعات مصرف آخرین داروهای پایین‌آورنده فشار داخل چشم، و مرور نحوه مصرف داروها [ب - III]

معاینه بالینی

♦ حدت بینایی [الف - III]

♦ بیومیکروسکوپی با اسلیت لامپ [الف - III]

♦ اندازه‌گیری فشار داخل چشم [الف - I]

♦ ارزیابی سر عصب بینایی و میدان بینایی (به جدول پایین مراجعه کنید). [الف - III]

♦ تکرار اندازه‌گیری ضخامت مرکز قرنیه بعد از هر رخدادی که می‌تواند ضخامت قرنیه را تغییر دهد. [الف - II]

طرح درمان در بیمارانی که تحت درمان طبی قرار گرفته‌اند

♦ در هر نوبت معاینه ضروری است که دوز و دفعات مصرف دارو، تأکید بر رعایت درست رژیم درمانی؛ و پاسخ بیمار در برابر پیشنهاد

روش‌های درمانی دیگر و اقدامات تشخیصی ثبت گردد. [الف - III]

♦ در صورت شک به بسته بودن زاویه، کم‌عمق شدن اتاق قدامی یا اختلالات زاویه اتاق قدامی و در موارد تغییرات غیرقابل توجه فشار چشم، باید گونیوسکوپی تکرار شود [الف - III]. در غیر این‌صورت هم لازم است هر 1 تا 5 سال یک بار گونیوسکوپی به صورت دوره‌ای تکرار شود. [الف - III]

♦ اگر فشار داخل چشمی تا حد موردنظر کاهش نیافته باشد و مزایای تغییر رژیم درمانی از خطرات آن بیشتر باشد باید رژیم درمانی را تحت بازنگری قرار داد. [الف - III]

♦ در صورتی که تغییرات عصب اپتیک یا میدان بینایی پیشرفت کرده باشد باید سطح پایین‌تری از فشار داخل چشمی را به عنوان هدف درمان در نظر گرفت. [الف - III]

♦ در هر یک از فواصل زمانی توصیه شده، تصمیم‌گیری در مورد تناوب ارزیابی‌ها براساس موارد زیر انجام می‌گیرد: شدت آسیب، آهنگ پیشرفت بیماری، میزان اختلاف فشار داخل چشمی با فشار موردنظر؛ و تعداد و اهمیت سایر عوامل خطر ساز برای آسیب عصب بینایی.

آموزش بیمار

• بیماران باید در مورد فرایند بیماری، علت منطقی و اهداف مداخله درمانی، وضعیت فعلی بیماری و مزایا و خطرات نسبی سایر مداخلات درمانی آموزش داده شوند تا بتوانند به شکلی

هدفمند در برنامه درمانی درگیر شوند. [الف
– III]

• بیماران که دچار اختلال بینایی جدی یا نابینایی شده‌اند باید به استفاده از خدمات بازتوانی بینایی و سرویس‌های اجتماعی تشویق شده و به این مراکز ارجاع گردند [الف – III].

پیگیری

دستورالعمل‌های توصیه شده برای ارزیابی وضعیت گلوکوم با بررسی عصب اپتیک و میدان بینایی [ب – III] *

فاصله زمانی تقریبی برای پیگیری (ماه) †	طول مدت کنترل	پیشرفت آسیب	دستیابی به فشار چشم موردنظر
6	6 ماه یا کمتر	خیر	بله
12	بیش از 6 ماه	خیر	بله
1-2	نامشخص	بله	بله
1-2	نامشخص	بله	خیر
3-6	نامشخص	خیر	خیر

* ارزیابی عبارت است از معاینه بالینی بیمار که شامل بررسی سر عصب اپتیک (با تصویربرداری سه بعدی رنگی دوره ای یا تصویربرداری کامپیوتری سر عصب و لایه رشته‌های عصبی رتین) و بررسی میدان بینایی می‌باشد.

† بیماران مبتلا به آسیب شدیدتر و آنهایی که احتمال بیشتری برای ابتلا به گلوکوم زاویه باز اولیه در طول زندگی دارند ممکن است به ارزیابی زودتر نیاز داشته باشند. فواصل زمانی توصیه شده حداکثر فاصله زمانی توصیه شده معاینات را نشان می‌دهد.