

《眼科临床指南》基准的总结

前言:

本文的内容是美国眼科学会编写的《眼科临床指南》基准的总结。系列的《眼科临床指南》是基于三个原则编写的。

- 每册《眼科临床指南》必须与临床密切相关和高度特异的，以便向临床医师提供有用的信息。

- 提出的每项建议必须具有表明其在临床诊治过程中重要性的明确等级。

- 提出的每项建议必须具有表明其证据强度的等级，它支持了所提出的建议，反映了可利用的最好证据。

《眼科临床指南》为实践的模式提供了指南，而不是为特殊个人的诊治提供措施。 一方面它们一般能满足大多数患者的需要，但是它们又不可能满足所有患者的需要。严格地遵守《眼科临床指南》将不能保证在任何情况下都能获得成功的结果。不能认为这些指南包括了所有恰当的眼科医疗方法，或者排除了能够获得最好效果的合理的医疗方法。采用不同的方法来满足不同患者的需要是有必要的。医师应当根据一个特殊患者提供的所有情况来最终判断对其的医疗是否合适。在解决眼科医疗实践中所产生的伦理方面难题时，美国眼科学会愿意向会员提供协助。

《眼科临床指南》并不是在各种情况下都必须遵循的医疗标准。 美国眼科学会特别地指出不会承担在应用临床指南中任何建议或其他信息时由于疏忽大意或其他原因所引起的伤害和损伤的责任。

对于每种主要的疾病，对其诊治过程的建议，包括病史、体格检查和辅助检查，以及诊治的处理、随诊和患者的教育，都进行了总结。对于每册PPP，都进行了详细的PubMed和Cochrane图书馆的英文文献的检索。这些结果由专家委员会进行审阅，并用于提出建议，他们采用了两种方法来进行分级。

专家委员会首先根据所提的建议在临床诊治过程中的重要性来进行评估。这种“对临床诊治过程重要性”的分级表示专家委员会认为临床诊治应当通过各种有意义的方式来提高诊治患者的质量。对于所提建议重要性的等级分为三个水平。

- ◆ A级， 定义为最重要的。
- ◆ B级， 定义为中等重要的。
- ◆ C级， 定义为相关的，但不是关键的。

专家委员会也对在可利用的文献中用于支持每个建议的证据强度进行了评估。“证据强度的评估”也分为三个等级。

◆ I 级包括至少有一个来自于恰当实施、很好设计的随机对照试验的证据。它也可以包括对随机对照试验进行荟萃分析的证据。

◆ II 级包括从以下几个方面所得到的证据：

- ◆ 很好设计的对照试验，但不是随机的试验。
- ◆ 很好设计的队列试验或病例对照研究，最好是来自于多个中心的。
- ◆ 有或无干预的多个时间点的系列研究。

◆ III 级包括从下列之一所得到的证据：

- ◆ 描述性研究。
- ◆ 病例报告。
- ◆ 专家委员会/组织的报告（例如由外部的同行审阅的《推荐的临床实践典范》

专家委员会的共识）。

PPP 旨在为患者的诊治提供服务，着重强调技术方面。在应用这些知识时，必须认识到只有在应用的技术以患者的需求作为最重要考虑，才有可能获得真正的卓越的医学表现。美国眼科学会帮助其成员解决临床工作中出现的伦理难题（美国眼科学会伦理法规）。

青光眼

原发性开角型青光眼（首诊评估）

首诊检查的病史（关键内容）

- 眼病史^[A:III]
- 全身病史^[A:III]
- 家族史^[A:II]
- 复习相关的记录^[A:III]
- 评价视功能对日常生活和活动的影晌^[A:III]

首诊体格检查（关键内容）

- 视力^[A:III]
- 瞳孔^[B:II]
- 裂隙灯活体显微镜检查眼前节^[A:III]
- 眼压测量^[A:1]
- 中央角膜厚度^[A:II]
- 前房角镜检查^[A:III]
- 以放大的立体影像检查法检查视神经乳头和视网膜神经纤维层^[A:III]
- 以彩色立体照像或计算机为基础的影像分析来记录视神经乳头的形态^[A:II]
- 评估眼底（如有可能在瞳孔散大后进行检查）^[A:III]
- 视野检查，最好应用自动静态阈值视野计^[A:III]

为需要治疗的患者制定处理计划

- 假设治疗前的眼压范围对视神经的损伤产生了作用，所设立的初始目标眼压应当比治疗前的眼压至少低25%^[A:1]
- 目标眼压是一个估计值；所有治疗的决定必须根据患者的需要而进行个体化处理^[A:III]
- 药物治疗是现在最常用的降低眼压的初始干预；对于每个患者在选择最大作用和能耐受的治疗来获得理想的眼压下降时要平衡副作用和作用之间的关系。^[A:III]
- 评估正在接受青光眼药物治疗的患者有无眼部和全身的副作用和毒性作用^[A:III]

- 在选择病例中，激光小梁成形术可以考虑为初始治疗^[A: 1]
- 在选择病例中，滤过手术可以考虑为初始治疗^[A: 1]

激光小梁成形术患者的手术和术后诊治

- 施行手术的眼科医师有如下的责任：
 - 获得知情同意^[A: III]
 - 明确术前的评估, 证实需要手术^[A: III]
 - 在手术后30分钟至2小时内至少测量一次眼压^[A: 1]
 - 在手术后6周内进行随诊检查, 或者如果关注眼压相关的视神经损伤时可在更短的时间内进行随诊检查^[A: III]

切开性青光眼手术患者的手术和术后诊治

- 施行手术的眼科医师有如下的责任：
 - 获得知情同意^[A: III]
 - 确定术前的评估准确地记录了发现和手术适应证^[A: III]
 - 在术后时期给予滴用糖皮质激素的处方^[A: II]
 - 在术后第1天（术后12至36小时）进行随诊复查, 在术后头1至2周至少进行一次随诊复查^[A: II]
 - 在没有并发症的情况下, 术后6周期间再次进行随访^[A: III]
 - 对于术后有并发症的患者, 如有必要, 安排更频繁的随访^[A: III]
 - 如有必要, 进行另外的治疗, 以便尽量增大获得长期成功的机会^[A: III]

对药物治疗患者的教育

- 讨论诊断、疾病的严重程度、预后和处理计划, 以及需要终生治疗的可能^[A: III]
- 教会患者滴药后闭眼和压迫鼻泪道, 以便减少药物的全身吸收^[B: II]
- 鼓励患者提醒眼科医师了解应用青光眼药物后发生的身体和情绪上的变化^[A: III]

青光眼

原发性开角型青光眼（随诊评估）

检查的病史

- 随诊间期的眼病史^[A:III]
- 随诊间期全身病史^[B:III]
- 眼用药物的副作用^[A:III]
- 最近使用青光眼药物的频次和时间，复习药物的应用情况^[B:III]

体格检查

- 视力^[A:III]
- 裂隙灯活体显微镜检查^[A:III]
- 眼压测量^[A: I]
- 评估视神经乳头和视野（见下表）^[A:III]
- 在任何事件有可能改变中央部角膜厚度后应当测量中央部角膜厚度^[A: II]

药物治疗患者的处理计划

- 在每次检查时，记录所用药物的剂量和频次，讨论对治疗方案的依从性，患者对改变治疗或诊断步骤建议的反应^[A:III]
- 如果怀疑前房角关闭、前房变浅或前房角异常，或如有不能解释的眼压变化，应当施行前房角镜检查。^[A:III] 应当定期地（例如1~5年）施行前房角镜检查^[A:III]
- 如果没有达到目标眼压，在治疗中改变治疗的益处大于风险时，应当重新评价治疗方案^[A:III]
- 如果视盘或视野的改变是进行性的，应当将目标眼压下调^[A:III]
- 在每个推荐的随诊间期，决定评估频率的因素包括损伤的严重程度、进展的速率、眼压超过目标眼压的范围以及其他与视神经损伤相关的危险因素的数量和重要性^[A:III]

患者的教育

- 就疾病的过程、干预的理由和目标、他们疾病的状态，以及替代干预的相对益处和风险来教育患者，这样在制定恰当的计划 and 行动时患者能够有意义地参与^[A:III]
- 推荐或鼓励有明显视功能抽伤或盲的患者使用适当的视觉康复和社会服务设施^[A:III]

随诊:

进行视神经和视野评估的随诊青光眼状态的建议指南^{[B:III]*}

达到目标IOP	损伤的进展	控制的时间(月)	恰当的随诊间隔(月)**
是	否	≤6	6
是	否	>6	12
是	是	NA	1-2
否	是	NA	1-2
否	否	NA	3-6

IOP=眼压; NA=不适用

*评估由患者的临床检查组成，包括视神经乳头的评估（定期进行彩色立体照像或视神经乳头和视网膜神经纤维层结构的计算机影像分析）和视野检查。

** 对于POAG更晚期损伤或有更大的终生风险的患者应当进行更为频繁的评估。上表中这些间隔时间是建议的两次评估之间最大的时间间隔。