

مقدمه

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 توصیه‌شده، 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 نفی 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 چشم پزشکی 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 پاب مد (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 - شاهدهی، 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 (مثلاً 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).

کراتیت باکتریال (ارزیابی اولیه) شرح حال اولیه

- علایم چشمی [الف - III] (مثل: شدت درد، قرمزی، ترشحات، تاری دید، ترس از نور، مدت وجود نشانه‌ها، شرایط محیطی در زمان شروع نشانه‌ها).
- سابقه استفاده از لنز تماسی [الف - III] (شامل برنامه زمانی استفاده از لنز، سابقه استفاده از لنز در زمان خواب، نوع لنز تماسی، محلول لنز تماسی، نحوه مراقبت بهداشتی از لنز، شستشوی لنز تماسی با آب شیر، شنا کردن، استفاده از وان آب گرم یا حمام کردن در حین استفاده از لنز تماسی).
- مرور سایر موارد سوابق چشمی [الف - III] شامل وجود عوامل خطر مانند کراتیت ناشی از هرپس سیمپلکس، کراتیت ناشی از زونا، سابقه قبلی کراتیت باکتریال، تروما، خشکی چشم و سابقه جراحی چشمی مانند جراحی رفرکتیو.
- مرور سایر مشکلات طبی و داروهای سیستمیک. [الف - III]
- داروهای چشمی که اخیراً مصرف شده است یا در حال حاضر مصرف می‌شود. [الف - III]
- آلرژی‌های دارویی [الف - III]

معاینه فیزیکی اولیه

- حدت بینایی [الف - III]
- ظاهر کلی بیمار، از جمله درگیری‌های پوستی [ب - III]
- معاینه صورت [ب - III]
- موقعیت گلوب [الف - III]
- پلک‌ها و نحوه بسته شدن پلک [الف - III]
- ملتحمه [الف - III]
- دستگاه اشکی [ب - III]
- وضعیت حس قرنیه [الف - III]
- معاینه با اسلیت لامپ
- لبه‌های پلک [الف - III]

- ملتحمه [الف - III]
- اسکلرا [الف - III]
- قرنیه [الف - III]
- بررسی اتاق قدامی از جهت عمق، وجود التهاب، شامل سلول وغبار، هیپوپيون، فیبرين، هایفما [الف - III]
- ویتره قدامی [الف - III]
- معاینه چشم مقابل از جهت بررسی کلیدهای تشخیصی در مورد عامل ایجادکننده و احتمال وجود پاتولوژی مشابه [الف - III]

تست‌های تشخیصی

- اکثر موارد ایجاد شده در محیط عادی با درمان تجربی و بدون کشت و اسمیر، درمان می‌شوند. [الف - III]
- اندیکاسیون‌های تهیه کشت و اسمیر:
 - کراتیت شدید یا تهدیدکننده بینایی با منشأ میکروبی مشکوک، قبل از شروع درمان [الف - III]
 - انفیلتراسیون وسیع قرنیه که به میانه یا عمق استروما رسیده است. [الف - III]
 - ماهیت مزمن زخم [الف - III]
 - مقاومت به درمان با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف [الف - III]
 - وجود تظاهرات کلینیکی مطرح‌کننده کراتیت قارچی، آمیبی یا میکروباکتریال [الف - III]
- هیپوپيونی که در چشم مبتلا به کراتیت باکتریال رخ می‌دهد معمولاً استریل است، بنابراین نمونه‌گیری زلالیه یا ویتره لازم نیست، مگر آنکه جداً به اندوفتالمیت میکروبی مشکوک باشیم. [الف - III]
- برای به حداکثر رسانیدن نتایج کشت، لازم است نمونه حاصل از تراش قرنیه مستقیماً به داخل محیط کشت مناسب تلقیح شود. [الف - III]، اگر این کار امکانپذیر نیست می‌توان نمونه را در یک محیط حامل قرار داد [الف - III]. در هر

حال نمونه باید یا فوراً انکوبه شود یا بلافاصله به آزمایشگاه فرستاده شود. [الف - III]

مدیریت درمان

- در اکثر موارد استفاده از قطره‌های آنتی‌بیوتیک موضعی روش ارجح درمانی است. [الف - III]
- در موارد مشکوک به کراتیت باکتریال، درمان تجربی با قطره‌های آنتی‌بیوتیک موضعی وسیع الطیف شروع می‌شود. [الف - III]
- در موارد کراتیت مرکزی یا شدید (مثلاً درگیری عمقی استروما یا انفیلتراسیون بزرگتر از 2 میلی‌متر همراه با ترشح چرکی شدید) از دوز بالای اولیه استفاده می‌شود (مثلاً هر 5 دقیقه تا 15 دقیقه برای 30 تا 60 دقیقه اول)، سپس درمان با تجویز مکرر قطره ادامه می‌یابد (مثلاً هر 30 دقیقه تا 1 ساعت) [الف - III]. در موارد کراتیت ملایم‌تر، درمان با دوزاژ کمتر مناسب است. [الف - III]
- در کراتیت گنوککی از درمان سیستمیک استفاده می‌شود. [الف - II]
- در صورتی که ظرف 48 ساعت هیچ بهبودی ایجاد نشد یا ضایعه متوقف نشد، معمولاً باید درمان را تغییر داد. [الف - III]
- در بیمارانی که در زمان بروز ضایعه مشکوک به کراتیت باکتریال، تحت درمان با کورتیکواستروئید موضعی بوده‌اند، باید کورتیکواستروئید را تا زمانی که عفونت کنترل شود، قطع کرد یا کاهش داد. [الف - III]
- در مواردی که انفیلتراسیون قرنیه مسیر بینایی را تهدید می‌کند، در صورتیکه با حداقل 2 تا 3 روز درمان با آنتی‌بیوتیک موضعی، بهبود پیشرونده‌ای حاصل شود، می‌توان کورتیکواستروئید موضعی را به درمان اضافه کرد [الف - III]. ضروری است که درمان با دوز بالای آنتی‌بیوتیک موضعی با دوز بالا ادامه یافته، به تدریج کاهش داده شود. [الف - III]

- ضروری است که بیمار در عرض 1 تا 2 روز پس از شروع کورتیکواستروئید موضعی مجدداً معاینه شود.
[الف - III]

کراتیت باکتریال (توصیه‌های درمانی)

ارزیابی بیماران و پیگیری

- دفعات مراجعه به شدت بیماری بستگی دارد، ولی در موارد شدید در ابتدا باید بیمار روزانه ویزیت شود تا از بهبود کلینیکی و یا عدم پیشرفت بیماری مطمئن شویم. [الف - III]

آموزش بیمار

- ضروری است که بیماران مستعد به کراتیت باکتریال در مورد خطر بروز کراتیت باکتریال و علائم و نشانه‌های آن آموزش داده شوند. همچنین به این بیماران باید آموزش داد تا در صورت بروز هر یک از علائم هشداردهنده عفونت، فوراً با چشم پزشک مشورت کنند. [الف - III]
- باید به بیمار تفهیم کرد که کراتیت باکتریال یک فرایند ویرانگر است و بنابراین رعایت دقیق دستورهای دارویی و درمان جدی کاملاً ضروری است. [الف - III]
- لازم است در مورد احتمال از دست رفتن دائمی دید و نیاز به بازتوانی بینایی در آینده توضیح داده شود. [الف - III]
- باید به بیماران استفاده‌کننده از لنز تماسی در خصوص افزایش احتمال ابتلا به عفونت در اثر لنز تماسی و عدم استفاده از آن در هنگام خواب آموزش داده شود و در خصوص رعایت دقیق دستورالعمل‌های مربوط به بهداشت لنز تأکید گردد. [الف - III]
- ضروری است که بیماران مبتلا به آسیب شدید بینایی یا کوری که کاندید جراحی نیستند برای بازتوانی بینایی ارجاع شوند. [الف - III] (به سایت www.aao.org/smartsight مراجعه کنید).

درمان آنتی‌بیوتیکی کراتیک باکتریال [الف - III]

غلظت	دور زیر	آنتی‌بیوتیک	ارگاناسم
قطره	ملتحمه‌ای		
موضعی			

100mg in 0.5 ml	50mg/ml		سفا زولین و	هیچ ارگان‌یسمی شناسایی نشود
20mg in 0.5ml	9-14mg/ml	یا	توبرامایسین	و یا انواع مختلف شود
	متغیر		جنتامایسین یا	
100mg in 0.5 ml	50mg/ml		فلوروکینولون ها *	
25mg in 0.5 ml	15-50 mg/ml		سفا زولین و نکومایسین #	گرم کوکسی مثبت
	10,000IU		باسیتراسین #	
	متغیر ^s		فلوروکینولون ها *	
20mg in 0.5ml	9-14mg/ml	یا	توبرامایسین	گرم باسیل منفی
100mg in 0.5ml	50mg/ml		جنتامایسین	
	متغیر ^s		سفتازیدیم	
100mg in 0.5ml	50mg/ml		فلوروکینولونها	
			سفتریاکسون	گرم کوکسی منفی
100mg in 0.5ml	50mg/ml		سفتازیدیم	
	متغیر ^s		فلوروکینولون ها	
20mg in 0.5ml	20-40mg/ml		آمیکاسین	مایکوباکتریها ی
	10mg/ml		کلاریترومایسین	غیرتوبرکولوز
			آزیترومایسین *	
	10mg/ml		فلوروکینولون ها	
	متغیر ^s			
20mg in 0.5ml	100mg/ml		سولفاستامید	نوکاردیا
			آمیکاسین	
	20-40mg/ml		تریمتوپریم / سولفامتوکس	
			ازول: تریمتوپریم	
			سولفامتوکسازول	
	16mg/ml			
	80mg/ml			

* کوکسی‌های گرم مثبت به گاتی فلوکساسین و موکسی فلوکساسین نسبت به سایر فلوروکینولونها حساسترند.

\$ Besifloxacin 6mg/ml; gatifloxacin 3mg/ml; ciprofloxacin 3mg/ml; levofloxacin 15mg/ml; moxifloxacin 5mg/ml; ofloxacin 3mg/ml (همگی به صورت معمول در این غلظتها موجودند)

برای گونه‌های مقاوم انتروکوک و استافیلوکوک و موارد آلرژی به پنی‌سیلین. ونکومایسین و باسیتراسین علیه گرم منفی‌ها فعالیت ندارند و در درمان تجربی تک‌دارویی کراتیت باکتریال جایی ندارند.

\$ در موارد مشکوک به عفونت گونوکوک درمان سیستمیک ضروری است.

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