

《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）。

白内障

白内障（首诊和随访评估）

首诊检查的病史

- 症状^[A: II]
- 眼病史^[A: III]
- 全身病史^[A: III]
- 评估视功能状态^[A: II]

首诊体格检查

- 测量现在所用的矫正镜下视力^[A:III]
- 测量最好矫正视力（BCVA）（当需要时进行屈光矫正）^[A:III]
- 外眼检查^[A:III]
- 眼位和眼球运动^[A:III]
- 瞳孔反应和功能^[A:III]
- 测量眼压^[A:III]
- 裂隙灯活体显微镜检查^[A:III]
- 散瞳后评估晶状体、黄斑部、周边部视网膜、视神经和玻璃体^[A:III]
- 评估相关的患者医学和体格的状况^[B:III]

诊治处理

- 当视功能不再满足患者的需要，以及白内障手术有理由提供提高视力的可能时，就适宜进行治疗^[A: II]
- 当有证据表明晶状体诱导了疾病，或者在具有潜在视力的眼中有观察眼底的必要时，也适宜施行白内障摘除术^[A:III]
- 在以下情况不应当施行手术：^[A:III] 能够耐受的眼镜或助视器可以提供满足患者需要和愿望的视力时；手术不能够改善视功能时，而且不存在其他摘除晶状体的指征；患者由于合并的全身或眼部情况而不能安全地耐受手术时；不能获得适当的术后护理时；对于非急诊手术，患者或患者代理人决策者不能够给出知情同意时。。

- 第二只眼的手术指征与第一只眼相同^[A: III]（要考虑到双眼视功能的需要）。

术前的处理

施行手术的眼科医师负有以下责任：

- 术前检查患者^[A: III]
- 确认评估已准确地记录了症状、检查发现 and 治疗的指征^[A: III]
- 告知患者手术的风险、益处和期望的结果^[A: III]
- 制定手术计划，包括人工晶状体的选择^[A: III]
- 与患者一起复习术前和诊断检查的结果^[A: III]
- 制定术后诊治计划，并将安排告知患者^[A: III]

随诊评估

- 高危患者应当在术后24小时内随诊^[A: III]
- 常规患者应当在术后48小时内随诊^[A: III]
- 随后的随诊频次和时间决定于该眼的屈光、视功能和医学情况
- 对于高危患者通常需要更多的随诊
- 每次随诊的内容应当包括：
 - 随诊间期的病史，包括新的症状和术后药物的应用^[A: III]
 - 患者对视功能状况的评价^[A: III]
 - 评估视功能（视力、小孔视力检查）^[A: III]
 - 测量眼压^[A: III]
 - 裂隙灯活体显微镜检查^[A: III]

铍：YAG激光晶状体后囊膜切开术

- 当由于晶状体后囊膜混浊损伤的视力不能满足患者的功能需求，或者它严重地干扰眼底检查时，就适宜进行治疗^[A: III]
- 教育患者有关后玻璃体脱离、视网膜裂孔和脱离的症状，如果注意到这些症状时，就需要立即接受检查^[A: III]

患者的教育

- 对于功能性单眼患者，讨论手术特殊的益处和风险，包括失明的风险^[A:III]