

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).

اعتلال الشبكية السكري [التقييم المبني وعند المتابعة]

- **القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]**
• مدة الإصابة بالداء السكري [I:A]
- الضبط السابق لسكر الدم (الخصاب * 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 (الخصاب * 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.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية.

- **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 (الخصاب * 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]

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 سريرياً. 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 سريرياً.

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.