

《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）。

角膜

细菌性角膜炎（首诊评估）

首诊检查的病史

- 眼部症状^[A: III]（如疼痛、眼红、分泌物、视物模糊、畏光的程度，症状持续时间，症状开始发生的环境）
- 角膜接触镜史^[A: II]（如佩戴安排、过夜佩戴、接触镜的类型、接触镜的清洁液、接触镜的清洁方案、接触镜的自来水淋洗、游泳、佩戴接触镜时应用热水泡澡或淋浴）
- 复习其他的眼病史，^[A: III]包括危险因素如单纯疱疹病毒性角膜炎、带状疱疹病毒角膜炎、以前的细菌性角膜炎、外伤、干眼、以及以前的眼部手术，包括屈光手术
- 复习其他全身病史和全身用药^[A: III]
- 当前所用的眼部用药^[A: III]
- 药物过敏情况^[A: III]

首诊体格检查

- 视力^[A: III]
- 患者的一般情况，包括皮肤的情况^[A: III]
- 面部检查^[B: III]
- 眼球的位置^[A: III]
- 眼睑和眼睑的闭合^[A: III]
- 结膜^[A: III]
- 鼻泪道^[B: III]
- 角膜知觉^[A: III]
- 裂隙灯活体显微镜检查
 - 睑缘^[A: III]
 - 结膜^[A: III]
 - 巩膜^[A: III]
 - 角膜^[A: III]

- 前房深度，有无炎症，包括细胞和房水闪光、前房积脓、纤维素渗出、前房积血^[A: III]
- 前玻璃体^[A: III]
- 对侧眼中寻找病因的线索，以及可能存在的相似的病变^[A: III]

诊断试验

- 可以采取经验治疗和不做细菌涂片和培养，来处理大多数社区获得性病例^[A: III]
- 细菌涂片和培养的适应证：
 - 在首次治疗前怀疑为微生物感染所致的威胁视力或严重角膜炎^[A: III]
 - 大面积角膜浸润，已扩散到中部至深部角膜基质层^[A: III]
 - 慢性病程^[A: III]
 - 对广谱抗生素治疗没有反应^[A: III]
 - 临床特征提示为真菌、阿米巴或分支杆菌性角膜炎^[A: III]
- 在细菌性角膜炎的眼中所发生的前房积脓通常是无菌性的，除非高度怀疑微生物所致的眼内炎时，无需进行房水和玻璃体的穿刺取液^[A: III]
- 为细菌培养所获得角膜刮片应当直接接种到恰当的培养基和载玻片上，以便获得最好的培养效果。^[A: III] 如果做不到这一点，可以将标本放置于转运的培养基上。^[A: III] 在这两种情况下，应当立即接种或直接送实验室^[A: III]

诊治的处理

- 对于大多数病例，滴用抗生素滴眼液是最好的治疗方法^[A: III]
- 对于拟诊为细菌性角膜炎的患者在开始时采用经验治疗时应当应用广谱抗生素^[A: III]
- 对于中央部或严重的角膜炎（如累及深部基质层，或广泛化脓，其浸润范围大于2mm时），应用加强治疗（如在头30至60分钟内每隔5至15分钟滴药1次），接着频繁滴药（整天每30分钟至1小时滴药1次）。^[A: III] 对于不太严重的角膜炎，适当地减少滴药的频次是恰当的。^[A: III]
- 对于淋球菌性角膜炎采用全身治疗^[A: II]

- 通常，在治疗后48小时内病情没有改善或稳定时，应当修改初始治疗方案^[A:III]
- 对于正在滴用糖皮质激素滴眼液的患者，如果就诊时怀疑细菌性角膜炎，应当减少或停止使用糖皮质激素，直至感染被控制^[A:III]
- 当角膜浸润累及到视轴时，可以在滴用抗生素治疗后病情至少持续好转2~3天后加用糖皮质激素滴眼液。^[A:III]持续滴用大剂量抗生素滴眼液，并逐渐减量。^[A: III]
- 在开始滴用糖皮质激素治疗后1~2天内检查患者^[A:III]

角膜

细菌性角膜炎（处理的建议）

随诊评估

- 随诊的频次决定于疾病的范围，但是随诊严重病例时在初始时至少每天1次，直至记录到临床情况的改善和稳定^[A:III]

患者的教育

- 告知患者有关易使他们发生细菌性角膜炎的危险因素，以及他们相关的风险、感染的体征和症状，如果他们体验到这些值得警惕的体征或症状时应当迅速地咨询眼科医师^[A:III]
- 教育患者细菌性角膜炎具有破坏性质，需要严格地依从治疗^[A:III]
- 讨论永久性视力丧失和需要进一步视觉康复治疗的可能性^[A:III]
- 教育佩戴角膜接触镜患者佩戴角膜接触镜、过夜佩戴会增加接触镜相关感染的风险，以及遵循促进接触镜卫生的方法的重要性^[A:III]
- 如果视力明显损伤或盲者不是手术治疗的候选者，将他们转诊去做视觉康复治疗（见网站www.aa.org/smartsihgt）^[A:III]

细菌性角膜炎的抗生素治疗^[A:III]

微生物	抗生素	滴眼浓度	结膜下注射的剂量
没有确定微生物或多种微生物	头孢唑林	50mg/ml	0.5ml内含100mg
	联合妥布霉素或庆大霉素或氟喹诺酮类药物*	9-14mg/ml 浓度可变化 [†]	0.5ml内含20mg
G+球菌	头孢唑林	50mg/ml	0.5ml内含100mg
	万古霉素 [‡]	15-50mg/ml	0.5ml内含25mg
	杆菌肽 [‡]	10 000IU	
	氟喹诺酮类药物*	剂量可变化 [†]	
G-杆菌	妥布霉素或庆大霉素	9-14mg/ml	0.5ml内含20mg
	头孢他定	50mg/ml	0.5ml内含100mg
	氟喹诺酮类药物	剂量可变化 [†]	
G-球菌 [§]	头孢曲松	50mg/ml	0.5ml内含100mg
	头孢他定	50mg/ml	0.5ml内含100mg
	氟喹诺酮类药物	剂量可变化 [†]	
非结核性分枝杆菌	阿米卡星	20-40mg/ml	0.5ml内含20mg
	克拉霉素	10mg/ml	
	阿奇霉素	10mg/ml	
	氟喹诺酮类药物	剂量可变化 [†]	

诺卡氏菌	磺乙酰胺	100mg/ml	
	阿米卡星	20-40mg/ml	0.5ml内含20mg
	三甲氧苄氨嘧啶/磺胺甲噁唑:		
	三甲氧苄氨嘧啶	16mg/ml	
	磺胺甲噁唑	80mg/ml	

*与其他氟喹诺酮类药物相比，少量G+球菌对加替沙星和莫西沙星更为耐药。

†贝西沙星（Besifloxacin） 6mg/ml；环丙沙星3mg/ml；加替沙星3mg/ml；左氧氟沙星15mg/ml；莫西沙星5mg/ml；氧氟沙星3mg/ml；对于这些浓度的药物都有市售的。

‡对耐药肠球菌和葡萄球菌以及青霉素过敏者。万古霉素和杆菌肽没有G-的活性，在细菌性角膜炎经验性治疗中不能单独地应用。

§ 对怀疑为淋球菌感染者必须要全身治疗。

|| 资料来自于：Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001; 132:819-30.