

《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）。

视网膜

糖尿病视网膜病变（首诊和随诊评估）

首诊检查的病史（关键内容）

- 糖尿病的病程^[A: I]
- 以前的血糖控制情况（糖化血红蛋白A1c）^[A: I]
- 用药情况^[A: III]
- 全身病史（如肥胖^[A: III]、肾脏疾病^[A: II]、高血压^[A: I]、血脂水平^[A: III]、妊娠^[A: I]）
- 眼病史^[A: III]

首诊体格检查（关键内容）

- 视力^[A: I]
- 眼压测量^[A: III]
- 如有指征，进行前房角镜检查（如虹膜新生血管或眼压升高时）^[A: III]
- 裂隙灯活体显微镜检查^[A: III]
- 散瞳后眼底检查，包括眼底后极部的立体镜检查^[A: I]
- 周边部视网膜及玻璃体检查，最好以间接检眼镜或裂隙灯活体显微镜联合接触镜进行检查^[A: III]

诊断

- 对双眼糖尿视网膜病变的类别和严重程度进行分级，并指出是否存在具有临床意义的黄斑水肿（CSME）。^[A: III] 每个类别的病变都有疾病进展的固定风险。

随诊的病史

- 视觉症状^[A: III]
- 全身状况（妊娠、血压、血脂、肾功能状况）^[A: III]
- 血糖状况（糖化血红蛋白A1c）^[A: I]

随诊的体格检查

- 视力^[A: I]

- 眼压测量^[A:III]
- 裂隙灯活体显微镜检查虹膜^[A:II]
- 前房角镜检查（如果有或怀疑有虹膜新生血管，或如果眼压升高时）^[A:II]
- 散瞳后眼底后极部立体镜检查^[A:I]
- 当有指征时进行周边部视网膜及玻璃体检查^[A:II]

辅助检查

- 在轻微的糖尿病视网膜病变的病例中，或者与以前的眼底照像相比没有变化的糖尿病视网膜病变的病例中，进行眼底照像的价值不大^[A:III]
- 眼底照像对于记录疾病有意义的进展和对治疗的反应可能是有用的^[B:III]
- 荧光素眼底血管造影可用于指导CSME的治疗，^[A:I] 并可作为评估不能解释的视力下降原因的工具。^[A:III] 血管造影能够确定黄斑部毛细血管是否无灌注，^[A:II] 或导致黄斑水肿的的毛细血管渗漏的来源，来尽可能地解释视力丧失的原因。
- 荧光素眼底血管造影并不是常规地作为糖尿病患者检查的组成部分^[A:III]
- 不需要应用荧光素眼底血管造影来诊断CSME或PDR，两者是通过临床检查的方法来诊断的

患者的教育

- 讨论检查结果及其含义^[A:II]
- 鼓励没有糖尿病视网膜病变的糖尿病患者每年进行一次散瞳眼部检查^[A:II]
- 告知患者尽管视力良好和没有眼部症状，糖尿病视网膜病变的有效治疗决定于是否及时的诊治^[A:II]
- 教育患者维持接近正常的血糖水平、接近正常的血压和降低血脂水平是重要的^[A:III]
- 与相关的主治医师，如家庭医师、内科医师和内分泌科医师就眼部的发现进行沟通^[A:III]
- 对于手术无效，以及进一步治疗得不到适当的专业支持的病例，提供转诊，以便获得适当的咨询、康复和社会服务^[A:III]
- 将视功能下降的患者转诊，寻求视觉康复服务（见网站www.aao.org/smartsight）和社会服务^[A:III]

视网膜

糖尿病视网膜病变（处理的建议）

糖尿病患者处理的建议

视网膜病变的严重程度	有无CSME*	随诊(月)	全(弥散)视网膜激光光凝	荧光素眼底血管造影	局部和/或格子状激光光凝†
正常或轻度NPDR	无	12	否	否	否
轻度或中度NPDR	无	6-12	否	否	否
	是	2-4	否	经常	经常‡
严重NPDR	无	2-4	有时§	很少	否
	是	2-4	有时§	经常	经常
非高度危险PDR	无	2-4	有时§	很少	否
	是	2-4	有时§	经常	经常‡
高度危险PDR	无	2-4	经常	很少	否
	是	2-4	经常	经常	经常
不活动/复杂的PDR	无	6-12	否	否	经常
	是	2-4	否	经常	经常

CSME=临床有意义的黄斑水肿；NPDR=非增生性糖尿病视网膜病变；PDR=增生性糖尿病视网膜病变

* 例外的情况包括：高血压或与心衰相关的液体潴留、肾衰、妊娠、或任何其他可能加重黄斑水肿的原因。这些病例可以延缓视网膜激光治疗，而在一个短时期内采用药物治疗。同样，当黄斑中心凹未受累，视力很好，能够进行密切随访，并且患者了解疾病的危险时，也可以延缓CSME的治疗。

† 可以考虑的辅助治疗包括玻璃体内注射糖皮质激素或抗血管内皮生长因子制剂（说明书外使用药物）。2011年糖尿病视网膜病变临床研究网显示，在2年的随诊中，人工晶状体眼中玻璃体腔注射雷珠单抗并行快速或延缓激光治疗与单用激光相比，导致了视力明显提高，玻璃体腔内注射醋酸曲安奈德及激光治疗也导致视力明显提高。接受玻璃体腔内注射抗血管内皮生长因子制剂的人应在注射后1个月进行检查。

‡ 延缓CSME局部光凝是一种在黄斑中心未受累，视力很好，可以进行密切随访，并且患者了解疾病危险时的选择。然而，一开始以局部视网膜激光治疗也应当考虑，因为这一治疗虽然不太可能提高视力，但可以稳定目前视力。对接近中心凹无血管区的病变的治疗可能会导致中心视力的损伤，随着时间的延长，这些瘢痕可能会扩大，引起视力的进一步恶化。进一步研究可能有助于在不能安全地施行激光光凝的病例中引导应用玻璃体腔注射治疗，包括糖皮质激素和抗血管内皮生长因子制剂。对于没有临床意义的黄斑水肿病例进行密切的随诊是必须的。

§ 对于发展成为高危PDR患者可以考虑进行弥散（全视网膜）激光光凝术。对2型糖尿病患者的严重非增生性或更严重的糖尿病视网膜病变进行早期的全视网膜激光治疗的疗效优于1型糖尿病患者。对于严重NPDR和2型糖尿病患者可以考虑治疗。其他因素，如随诊依从性差、即将进行白内障手术、妊娠和对侧眼状态，都有助于决定全视网膜激光治疗的时机。

|| 最好在施行全视网膜激光治疗之前先施行局部激光光凝治疗，以便减少全视网膜激光治疗所产生的黄斑水肿的加重。