

《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

年龄相关性黄斑变性（首诊和随诊评估）

首诊检查的病史（关键内容）

- 症状（视物变形、视力下降）^[A: II]
- 药物和营养补充剂^[B: III]
- 眼病史^[B: II]
- 全身病史（任何过敏反应）^[B: II]
- 家族史，特别是AMD家族史^[B: II]
- 社会史，特别是吸烟^[B: II]

首诊体格检查（关键内容）

- 视力^[A: III]
- 立体活体显微镜检查黄斑部^[A: III]

辅助检查

临床考虑为AMD时，应当施行静脉注药的荧光素眼底血管造影：^[A: I]

- 当患者主诉为新的视物变形时
- 患者出现不能解释的视物模糊时
- 临床检查发现视网膜色素上皮层或视网膜隆起、视网膜下出血、硬性渗出或视网膜下纤维增生时
- 发现和判定CNV的范围、类型、大小和部位，以及计算病灶组成或典型型CNV的比例
- 指导治疗（激光光凝治疗或维替泊芬光动力治疗）
- 发现治疗后持续或复发的CNV
- 帮助确定临床检查不能解释的视力丧失的原因

每个施行荧光素眼底血管造影的机构必须有诊治计划或急诊处理计划，以及减少危险和处理任何并发症的方案。^[A: III]

随诊检查的病史

- 视觉症状，包括视力下降和视物变形^[A: II]
- 药物和营养补充剂的变化^[B: III]
- 随诊间期的眼病史^[B: III]
- 随诊间期的全身病史^[B: III]
- 社会史的改变，特别是吸烟^[B: II]

随诊的体格检查

- 视力^[A: III]
- 立体活体显微镜检查眼底^[A: III]

新生血管性AMD治疗后的随诊

- 与患者讨论风险、益处和并发症，获得知情同意^[A: III]
- 对接受雷珠单抗玻璃体腔内注射治疗的患者，在治疗后大约 4 周时进行检查^[A: III]
- 对接受贝伐单抗玻璃体腔内注射治疗的患者，在治疗后大约 4 周时进行检查^[A: III]
- 对接受哌加他尼钠玻璃体腔内注射治疗的患者，在治疗后大约 6 周时进行检查^[A: III]
- 在维替泊芬光动力治疗后每隔 3 个月进行检查和施行荧光素眼底血管造影，持续 2 年^[A: I]
- 对于施行致热性激光光凝治疗的患者，在治疗后 2 至 4 周进行检查，以后改为 4 至 6 周^[A: III]
- 相干光断层扫描、^[A: III] 荧光素眼底血管造影、^[A: I] 眼底照像^[A: III]有助于发现渗出的体征，当临床有指征时应当应用
- 根据临床发现和治疗的眼科医师的判断，当有指征时应当进行随后的检查^[A: III]

患者的教育

- 就疾病的预后以及与他们的眼部和功能状态相适合的治疗的可能价值来教育患者^[A: III]
- 鼓励早期AMD患者进行定期的散瞳后眼部检查，以便早期发现中度AMD^[A: III]
- 告知中度AMD患者发现CNV新症状的方法，以及迅速向眼科医师报告的必要^[A: III]
- 告知单眼患病的患者应当监测对侧眼视觉状况，即使没有症状也要定期回来随诊，

一旦出现新的或显著的视觉症状，应当立即就诊^[A:III]

- 告知患者报告提示为眼内炎的症状，包括眼疼或眼部不适加重、红眼加重、视物模糊和视力下降、畏光程度增加，或眼前浮游体迅速增加^[A:III]
- 鼓励现在吸烟的患者停止吸烟，^[A: I]这是因为已有观察性资料支持吸烟与AMD之间存在着因果关系，^[A: II]中止吸烟也有其他相当多的健康的益处
- 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

年龄相关性黄斑变性（处理的建议）

年龄相关性黄斑变性的治疗建议和随访计划

建议的治疗	适宜进行治疗的诊断	随访建议
不给予药物或手术治疗而进行观察 ^[A: I]	无临床体征的AMD（AREDS分类1） 早期AMD（AREDS分类2） 双侧黄斑中心凹下地图状萎缩或盘状瘢痕	如同成人综合眼部医疗评估PPP的建议 ^[A: III] 如果无症状，6至24周时回来检查，或者有提示CNV的新的症状时迅速进行检查 ^[A: III] 如果无症状，6至24周时回来检查，或者有提示CNV的新的症状时迅速进行检查 ^[A: III] 不做眼底照像和荧光素眼底血管造影，除非有症状 ^[A: I]
如同AREDS报告建议的那样，给予抗氧化维生素和矿物质补充剂 ^[A: I]	中度AMD（AREDS分类3） 一只眼为晚期AMD（AREDS分类4）	监测单眼近视力（阅读/Amsler表） ^[A: III] 如果无症状，6至24周时回来检查，或者有提示CNV的新的症状时迅速进行检查 ^[A: III] 如果恰当，则进行眼底照像 如果有水肿或有CNV的其他体征和症状，应做荧光素眼底血管造影
如同雷珠单抗文献所推荐的那样，玻璃体腔内注射雷珠单抗0.5mg ^[A: I]	黄斑中心凹下CNV	指导患者迅速报告任何提示眼内炎的症状，包括眼疼或不适加重、眼红加重、视物模糊或视力下降、畏光加重或眼前浮游体增多 ^[A: III] 治疗后大约4周回来检查；随后的随访决定于临床发现和治疗的眼科医师的判断 ^[A: III] 监测单眼近视力（阅读/Amsler表） ^[A: III]
如同发表的文献所推荐的那样，玻璃体腔内注射贝伐单抗 ^[A: I] 眼科医师应当就说明书外用药获得适当的知情同意 ^[A: III]	黄斑中心凹下CNV	指导患者迅速报告任何提示眼内炎的症状，包括眼疼或不适加重、眼红加重、视物模糊或视力下降、畏光加重或眼前浮游体增多 ^[A: III] 治疗后大约4周回来检查；随后的随访决定于临床发现和治疗的眼科医师的判断 ^[A: III] 监测单眼近视力（阅读/Amsler表） ^[A: III]
如同哌加他尼钠文献所推荐的那样，玻璃体腔内注射哌加他尼钠0.3mg ^[A: I]	新发或复发的黄斑中心凹下CNV，典型型成分的病灶≤12个MPS视盘面积 典型型成分很少，或者没有典型型成分的隐匿型病灶，其全部面积≤12个MPS视盘面积，与CNV相关的视网膜下出血面积≤50%病灶面积，和/或存在脂质渗出，和/或患者的视力在过去的12周内丢失15个或以上的字母	指导患者迅速报告任何提示眼内炎的症状，包括眼疼或不适加重、眼红加重、视物模糊或视力下降、畏光加重或眼前浮游体增多 ^[A: III] 按要求每隔6周回来检查 ^[A: III] 监测单眼近视力（阅读/Amsler表） ^[A: III]
如同TAP和VIP报告所推荐的那样，应用维替泊芬进行	新发或复发的黄斑中心凹下CNV，典型型成分的病灶>总病灶	大约每隔3个月回来检查，直至病情稳定。如有适应证可以再次治疗 ^[A: III]

PDT治疗	的50%，整个病灶最大线性直径 ≤ 5400 微米 如果视力 <0.4 , 或视力高于0.4 但CNV <4 个MPS视盘面积的隐匿 性CNV可以考虑PDT治疗	监测单眼近视力（阅读/Amsler表） ^[A:III]
如MPS报告所推荐的那样，应用致热性激光光凝治疗	新发或复发的黄斑中心凹外CNV 视乳头旁CNV也可考虑	大约治疗后2至4周回来进行荧光素眼底血管造影，然后每隔4至6周回来检查，以后根据临床和血管造影的发现安排随诊 ^[A:III] 如有指征可再次给予治疗 监测单眼近视力（阅读/Amsler表） ^[A:III]

AMD=年龄相关性黄斑变性；AREDS=年龄相关性眼病研究；CNV=脉络膜新生血管；MPS=黄斑光凝治疗研究；PDT=光动力疗法；TAP=以光动力疗法治疗年龄相关性黄斑变性研究；VIP=以维替泊芬进行的光动力疗法