

《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

干眼综合征（首诊评估）

首诊检查的病史

- 眼部症状和体征^[A: III]（如刺激感、流泪、烧灼感、刺疼感、干燥或异物感、轻度发痒、畏光、视物模糊、不能耐受角膜接触镜、眼红、瞬目频次增多、眼疲劳、昼间症状波动、在一天的较后时期症状加重）
- 使病情加重的情况^[B: III]（风、飞机出行、湿度低、与减少瞬目频率相关的长时间用眼，如阅读和使用计算机）
- 症状持续时间^[A: III]
- 所用的眼局部药物和它们对症状的作用^[A: III]（如人工泪液、“洗眼液”、抗组胺药、青光眼的药物、血管收缩剂和糖皮质激素）
- 眼病史, 包括
 - 角膜接触镜的佩戴、佩戴时间安排和护理^[A: III]
 - 过敏性结膜炎^[A: III]
 - 眼部手术史^[A: III]（以前的角膜移植术、白内障手术、角膜屈光手术）
 - 眼表疾病^[A: III]（如单疱病毒感染、带状疱疹病毒感染、眼黏膜类天疱疮、Steven-Johnson综合征、无虹膜、移植物排斥宿主疾病）
 - 泪小点手术^[A: III]
 - 眼睑手术^[A: III]（以前的上睑下垂修复术、眼睑成形术、睑内翻/睑外翻修复术）
 - Bell 麻痹^[A: III]
- 全身病史, 包括:
 - 吸烟或曝露在二手烟之中^[A: III]
 - 皮肤病^[A: III]（如红斑性狼疮）
 - 洗脸的方法和次数, 包括眼睑和睫毛的卫生^[A: III]
 - 特应性疾病^[A: III]
 - 更年期^[A: III]
 - 全身炎性疾病^[A: III]如Sjögren综合征、移植物排斥宿主疾病、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、硬皮病）

- 其他全身情况^[A: III]（如淋巴瘤、类肉瘤病）
- 全身药物^[A: III]（如抗组胺药、利尿剂、激素和激素拮抗剂、抗忧郁药、抗心律失常药物、异维甲酸、苯乙呱啉/阿托品、 β 肾上腺素受体拮抗剂、化疗药物、具有抗胆碱脂能作用的任何其他药物）
- 外伤^[B: III]（如化学性外伤）
- 慢性病毒感染^[B: III]（如丙型肝炎、人免疫缺陷病毒感染）
- 非眼部手术^[B: III]（骨髓移植、头颈部手术、三叉神经疼手术）
- 眼眶的放射治疗^[B: III]
- 神经系统状况^[B: III]（如Parkison病、Bell麻痹、Riley-Day综合征、三叉神经痛）
- 口干、牙洞、口腔溃疡^[B: III]

首诊体格检查

- 视力^[A: III]
- 外眼检查
 - 皮肤^[A: III]（如硬皮病、与红斑性狼疮一致的面部改变）
 - 眼睑^[A: III]（不完全闭合/位置异常、不完全或不经常瞬目、眼睑运动滞后、睑缘红斑、异常沉着物和分泌物、睑内翻和睑外翻）
 - 附属器^[A: III]（泪腺增大）
 - 上睑下垂^[B: III]
 - 颅神经功能^[A: III]（第V颅神经[三叉神经]、第VII颅神经[面神经]）
 - 手^[B: III]（类风湿性关节炎的关节畸形的特征）
- 裂隙灯活体显微镜检查
 - 泪膜^[A: III]（睑缘半月形泪河高度、碎屑、黏性增加、黏液丝和泡沫）
 - 睫毛^[A: III]（倒睫、双行睫、附着物）
 - 前后睑缘^[A: III]（睑板腺异常[如开口部位化生、压迫后睑脂分泌减少、腺管萎缩]、睑板腺分泌的特征[浑浊、增厚、泡沫样、减少]、皮肤黏膜交界处血管化、角化和瘢痕化）
 - 泪小点^[A: III]（是否开放、位置、有无泪小点栓及其位置）

- 下穹窿和睑结膜^[A:III]（如黏丝、瘢痕、红斑、乳头反应、滤泡增大、角化、缩短和睑球粘连）
- 球结膜^[A:III]（孟加拉红或荧光素点状染色；充血、局部干燥；角化）
- 角膜^[A:III]（睑裂暴露处局部干燥、点状上皮糜烂、孟加拉红或荧光素点状染色、丝状物、上皮缺损、黏液斑、角化、血管翳形成、变薄、浸润、溃疡、瘢痕化、新生血管化、角膜或屈光手术的证据）

角膜

干眼综合征（处理的建议）

诊治处理

- 由于干眼综合征的患者常常有许多促成发病的因素，因此要治疗任何有利于治疗的致病因素^[A:III]
- 多种治疗的顺序和联合应用决定于患者的需要和偏好，以及治疗的眼科医师的医学判断^[A:III]
- 对于轻度干眼，下列措施是恰当的：
 - 教育和改变环境^[A:III]
 - 停用有害的眼局部和全身用药^[A:III]
 - 应用人工泪液替代物、凝胶/油膏^[A:III]
 - 眼睑治疗（热敷和注意眼睑卫生）^[A:III]
 - 治疗眼部的促成发病因素，如睑缘炎或睑腺炎^[A:III]
- 对于中度干眼，除了上述的措施之外，下列措施是恰当的
 - 抗炎剂（眼部滴用的环孢素和糖皮质激素，^[A: II] 全身用的 $\Omega-3$ 脂肪酸补充剂^[A: II]）
 - 泪小点栓塞^[A:III]
 - 应用侧面遮挡的眼镜和湿房^[A:III]
- 对于严重干眼，除了上述的治疗外，下列措施是恰当的：
 - 全身应用拟胆碱能药物^[A: I]
 - 全身应用抗炎制剂^[A:III]
 - 应用黏液溶解剂^[A:III]
 - 滴用自体血清^[A:III]
 - 角膜接触镜^[A:III]
 - 矫正眼睑异常^[A:III]
 - 永久性泪小点栓塞^[A:III]
 - 眼睑缝合术^[A:III]
- 监查应用糖皮质激素的患者有无不良反应，如眼压升高、角膜融解和白内障形成^[A: III]

患者的教育

- 向患者告知干眼的慢性性质和自然病程^[A:III]
- 为治疗的方案提供特殊的指导^[A:III]
- 定期再次评估患者的依从性和对疾病的了解程度，评估其对相关结构改变危险的了解和对治疗有效性的现实期望值，并强化教育^[A:III]
- 将有明显全身疾病的患者转诊给恰当的专科医师^[A:III]
- 提醒原先患有干眼的患者，施行角膜屈光性手术，特别是LASIK，可能会加重他们的干眼病情^[B:III]