



فهرست

دکتر پوپک پیر

مقدمه

آنچه در اینجا آورده می‌شود، خلاصه‌ای از معیارهای راهنمای الگوی ارجح طبابت است که آکادمی چشم پزشکی آمریکا پیشنهاد کرده است. مجموعه رهنمودها، بر پایه سه اصل نوشته شده است:

- هر یک از رهنمودهای الگوی ارجح طبابت باید از لحاظ بالینی کاملاً مرتبط با موضوع و اختصاصی باشد تا بتواند برای پزشک اطلاعات قابل استفاده و مفیدی فراهم کند.
- باید به هر یک از راهکارهای توصیه شده، یک رتبه واضح و مشخص اختصاص داده شود که بیانگر میزان اهمیت آن در فرایند مراقبت از بیمار باشد.
- همچنین باید به هر یک از راهکارهای توصیه شده، یک رتبه واضح و مشخص اختصاص داده شود که با انعکاس بهترین شواهد موجود، بیانگر میزان قدرت شواهدی باشد که از آن راهکار حمایت می‌کنند.

رهنمودهای الگوی ارجح طبابت بالینی، صرفاً یک خط مشی کلی برای نحوه طبابت ارائه می‌دهد و خاص یک مورد نمی‌باشد. البته انتظار می‌رود که این رهنمودها به طور کلی توانایی برآورده کردن نیازهای اکثر بیماران را داشته باشد، اما لزوماً نمی‌تواند نیازهای تمام بیماران به بهترین شکل را برآورده کند. به علاوه پیروی کامل از این رهنمودها نمی‌تواند در تمامی شرایط دستیابی به نتیجه موفقیت‌آمیز را تضمین کند. این الگوها در برگیرنده کلیه روش‌های قابل استفاده برای دستیابی به بهترین نتیجه نیست و امکان وجود روش‌های دیگر برای دستیابی به نتیجه مناسب را نفی نمی‌کند. ممکن است لازم باشد که براساس نیازهای متفاوت بیماران، برخوردهای متفاوتی در نظر گرفته شود. در نهایت، قضاوت بالینی نهایی به عهده پزشک است که تشخیص دهد که برای هر بیمار و در هر شرایط خاص چه اقداماتی اولویت دارد. آکادمی چشم پزشکی آمریکا این آمادگی را دارد که برای حل مسائل اخلاق پزشکی که در مراحل مختلف طبابت اتفاق می‌افتد به اعضای خود کمک کند.

رهنمودهای الگوی ارجح طبابت، در واقع استانداردهای پزشکی نیستند که بتوان در هر شرایطی به آنها استناد کرد. آکادمی چشم پزشکی آمریکا مسئولیت آسیب‌های ناشی از قصور پزشکی را نمی‌پذیرد و از هر ادعا یا شکایتی که در اثر به‌کارگیری این توصیه‌ها ایجاد شود اعلام برائت می‌کند.

برای هر بیماری اصلی و مهم، توصیه‌هایی برای تمامی مراحل مراقبت از گرفتن شرح حال تا معاینات بالینی و تست‌های جانبی به طور خلاصه ارائه شده است و همچنین توصیه‌های عمده جهت مراقبت‌های درمانی و پیگیری و آموزش بیمار وجود دارد. در مورد هر یک از راهکارهای ارجح طبابت، جستجوی کامل و جامعی در همه مقالات

انگلیسی پایگاه‌های پابمد (PubMed) و کتابخانه کاکرین (Cochrane) انجام شده است، سپس نتایج توسط گروهی از متخصصین صاحب‌نظر مرور شده و برای نگاشتن دستورالعمل‌ها به کار گرفته شده و سپس در صورت وجود شواهد، بر اساس قدرت شواهد رتبه بندی شده است.

برای رتبه بندی مطالعات انفرادی، مقیاسی مبتنی بر شبکه دستورالعمل‌های بین دانشگاهی اسکاتلند (SIGN) به کار رفته است. تعاریف و سطوح شواهد برای رتبه بندی مطالعات انفرادی به این شرح است:

I++ : متآنالیز با کیفیت بالا، یعنی مرور سیستماتیک کارآزمایی‌های بالینی راندوم شده یا کارآزمایی‌های بالینی با ریسک تورش بسیار ناچیز.

I+ : متآنالیزی که به خوبی هدایت شده است، یعنی مرور سیستماتیک کارآزمایی‌های بالینی راندوم شده یا کارآزمایی‌های بالینی با ریسک تورش اندک.

I- : متآنالیز، مرور سیستماتیک کارآزمایی‌های بالینی راندوم شده یا کارآزمایی‌های بالینی با ریسک تورش بالا.

II++ : مرور سیستماتیک با کیفیت بالای مطالعات مورد شاهدهی یا کوهورت؛ یعنی مطالعات مورد شاهدهی با کیفیت بالا یا مطالعات کوهورتی که ریسک تورش یا عوامل مخدوش‌کننده در آنها ناچیز است و به احتمال زیاد رابطه علت و معلولی را نشان می‌دهند.

II+ : مطالعات مورد شاهدهی یا کوهورتی که به خوبی هدایت شده‌اند بطوری که ریسک تورش یا عوامل مخدوش‌کننده در آنها کم است و به احتمال متوسط رابطه علت و معلولی را نشان می‌دهند.

II- : مطالعات مورد شاهدهی یا کوهورتی که ریسک تورش یا عوامل مخدوش‌کننده در آنها زیاد است و احتمالاً رابطه علت و معلولی را نشان نمی‌دهند.

III : مطالعات غیر تحلیلی (گزارش مورد یا سری موارد)

توصیه‌های مراقبتی براساس متن شواهد شکل گرفته‌اند. رتبه بندی کیفیت متن شواهد براساس درجه بندی بررسی، ارزشیابی و بهبود توصیه‌ها (GRADE) به شرح زیر است:

کیفیت خوب (GQ) : بسیار بعید است که تحقیقات بعدی، ارزیابی و تخمین فعلی را تغییر دهد.

کیفیت متوسط (MQ) : ممکن است تحقیقات بعدی تاثیر قابل توجهی بر نظریات فعلی داشته باشد و تخمین فعلی را تغییر دهد.

کیفیت ناکافی (IQ) : بسیار محتمل است که تحقیقات آینده نظریات فعلی را تغییر دهد چون نظریات فعلی بسیار نامطمئن هستند.

توصیه‌های کلیدی مراقبت براساس GRADE به دو دسته‌اند:

توصیه‌های قوی (SR) : زمانی به کار می‌رود که اثرات مطلوب یک مداخله یا واضحاً بر اثرات نامطلوب آن برتری دارد یا ندارد.

توصیه‌های نیازمند تصمیم‌گیری شخصی (DR) : زمانی به کار می‌رود که یا به خاطر کیفیت شواهد و یا به خاطر آنکه اثرات مطلوب و نامطلوب در تعادل نزدیکی قرار دارند نتایج نامشخص ترند.

تا قبل از سال 2011، این توصیه‌ها بر مبنای میزان اهمیت کاربردی آن در فرآیند مراقبت از بیمار رتبه‌بندی می‌شد. رتبه «اهمیت در فرایند مراقبت» نشان می‌دهد که هر اقدام مراقبتی از دیدگاه صاحب‌نظران تا چه حد در بهبود معنی‌دار کیفیت مراقبت از بیمار مؤثر است. بر این اساس رتبه اهمیت دارای 3 سطح است:

سطح الف- بالاترین اهمیت

سطح ب- اهمیت متوسط

سطح ج- مرتبط اما نه اساسی

علاوه بر این هر یک از این توصیه‌ها براساس قدرت شواهد پشتیبان موجود در متون نیز در سه سطح رتبه‌بندی شده است:

- سطح I - شامل شواهدی است که بر حداقل یک کارآزمایی مورد - شاهد تصادفی شده با طراحی و اجرای مناسب یا متاآنالیزهای حاصل از اینگونه مطالعات مبتنی باشد.

- سطح II - شامل شواهد بدست آمده از موارد ذیل است:

- کارآزمایی‌های غیرتصادفی دارای گروه شاهد، با طراحی خوب

- مطالعات تحلیلی هم‌گروهی (کوهورت) یا مورد - شاهدی، با طراحی خوب، ترجیحاً چند مرکزی

- گزارش‌های مبتنی بر سری بیماران (Case Series) با یا بدون مداخله بالینی

- سطح III- شامل شواهد به دست آمده از:

- مطالعات توصیفی

- گزارش‌های موردی

- گزارش‌های حاصل از سازمانها/کمیته‌های متخصصین (مثلاً عقیده کلی اعضای پانل تدوین راهنمای الگوی ارجح طبابت و نظریات افراد هم‌سطح از خارج از گروه)

البته در نهایت با پذیرش سیستم درجه بندی و رتبه بندی SIGN و GRADE توسط آکادمی، این رویکرد قدیمی به تدریج کنار گذاشته می‌شود.

الگوهای ارجح طبابت بالینی با هدف ارائه راهکارهای مراقبت از بیمار با تأکید عمده بر جنبه‌های تکنیکی بنا شده است. برای به کارگیری این اطلاعات، لازم و ضروری است که توجه داشته باشیم که تعالی واقعی پزشکی تنها وقتی میسر است که این مهارت‌ها به شکلی به کار گرفته شوند که تأمین نیازهای بیمار در اولویت قرار گیرد. آکادمی چشم پزشکی آمریکا برای کمک به اعضای خود در حل مسائل مبهم در زمینه اخلاق پزشکی آمادگی دارد (آیین‌نامه اخلاقی آکادمی چشم پزشکی آمریکا).

جراحی کراتورفرکتیو (ارزیابی اولیه و پیگیری)

شرح حال اولیه

- وضعیت کنونی عملکرد بینایی [الف – III]
- سابقه مشکلات چشمی [الف – III]
- سابقه مشکلات سیستمیک [الف – III]
- سابقه مصرف داروها [الف – III]

معاینه فیزیکی اولیه

- حدت بینایی دور با و بدون اصلاح [الف – III]
- رفرکشن مانیفست و در صورت لزوم سیکلوپلژیک رفرکشن [الف – III]
- توپوگرافی کامپیوتری قرنیه [الف – III]
- اندازه‌گیری ضخامت مرکز قرنیه [الف – III]
- بررسی لایه اشکی و سطح خارجی چشم [الف – III]
- بررسی هم‌راستایی و حرکات چشم‌ها [الف – III]

نحوه درمان

- قبل از معاینه و قبل از عمل باید استفاده از لنزهای تماسی قطع گردد [الف – III].
- باید بیمار را از وجود روش‌های مختلف جراحی رفرکتیو و درمان‌های جایگزین غیرجراحی و مزایا و خطرات نسبی هر یک از این روش‌ها آگاه کرد. [الف – III]
- رضایت‌نامه آگاهانه باید به ثبت برسد، باید قبل از عمل به بیمار فرصت کافی داده شود تا پاسخ همه سؤالات خود را دریافت کند. [الف – III]
- قبل از انجام عمل جراحی دستگاه لیزر باید بررسی و کالیبره شود. [الف – III]
- جراح باید هویت بیمار و چشم‌کاندید عمل جراحی را بررسی کند و اطمینان حاصل نماید که پارامترها به درستی وارد کامپیوتر دستگاه لیزر شده باشد. [الف – III]

مراقبت بعد از عمل

- مسئولیت مراقبت و درمان‌های بعد از عمل با پزشک جراح است. [الف – III]
- در روش‌های تراش سطحی، توصیه می‌شود چشم در روز اول بعد از عمل و سپس هر 2 تا 3 روز یک بار معاینه گردد تا زمانی که ترمیم اپیتلیوم کامل شود. [الف – III]
- در لیزیک بدون عارضه، بیمار باید ظرف 36 ساعت اول پس از جراحی معاینه گردد و مجدداً بین 1 تا 4 هفته پس از عمل ویزیت شود. پس از آن نیز بسته به شرایط در صورت لزوم ویزیت‌ها تکرار می‌شود. [الف – III]

آموزش بیمار

- خطرات و مزایای روش برنامه‌ریزی شده باید با بیمار مطرح گردد [الف – III]. محتوای این بحث باید این موارد را در بر بگیرد:

- محدوده نتایج انکساری مورد انتظار
- عیب انکساری باقیمانده
- احتمال نیاز به عینک برای دید نزدیک و یا دور بعد از عمل
- احتمال از دست دادن بهترین حدت بینایی اصلاح شده (BCVA)
- عوارض جانبی (به عنوان مثال، کراتیت میکروبی، کراتیت استریل، اکتازی قرنیه).
- تغییرات کیفیت بینایی که لزوماً با بررسی حدت بینایی قابل اندازه‌گیری نیست، از جمله خیرگی و اختلال عملکرد بینایی در محیط‌های کم‌نور.
- ایجاد یا تشدید مشکلات دید در شب (به عنوان مثال، هاله‌بینی و خیرگی)؛ این موضوع به خصوص در افراد مبتلا به درجات بالای آمتریوپی و افرادی که نیاز به عملکرد بینایی خیلی خوب در شرایط نور کم دارند، حائز اهمیت است.
- تأثیر جراحی رفرکتیو بر هم‌راستایی چشم‌ها.
- ایجاد یا بدتر شدن علائم خشکی چشم.
- سندرم خراش راجعه قرنیه.
- محدودیت‌های جراحی رفرکتیو قرنیه از جنبه اصلاح پیرچشمی و احتمال بالقوه کاهش دید نزدیک اصلاح نشده در اصلاح میوپی.
- مزایا و معایب منوویژن (برای بیماران که در سن پیرچشمی هستند).
- مزایا و معایب عمل جراحی استاندارد و روش‌های پیشرفته‌تر
- مزایا و معایب عمل جراحی همزمان هر دو چشم در مقایسه با عمل جراحی جداگانه هر چشم در یک روز متفاوت. از آنجا که ممکن است تا مدتی بعد از عمل جراحی کراتکتومی فوتورفرکتیو همزمان دو چشم، دید بیمار خوب نباشد باید به وی اطلاع داده شود که ممکن است برای هفته‌ها نتواند فعالیت‌هایی مثل رانندگی را انجام دهد.
- امکان کاهش صحت محاسبات مربوط به لنز داخل چشمی در صورت نیاز به جراحی کاتاراکت
- برنامه مراقبت‌های پس از عمل (مشخص کردن برنامه مراقبتی و شخص مسئول)
- برنامه‌ریزی مراقبت‌های بعد از عمل (مشخص‌کننده نحوه پیگیری و فرد یا افراد مسئول پیگیری).