

## الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم المبدي]

- يتم تقييم حدوث التأثيرات الجانبية الموضعية العينية والجهازية\* و حدوث السمية\* عند المريض المعالج بأدوية الزرق.
- يمكن اعتبار تصنيع التريبيق\* بالليزر علاجاً بديلاً عند بعض المرضى، أو علاج بديل عند المرضى ذوي الخطورة العالية لعدم الالتزام بالمعالجة الدوائية، غير القادرين أو الذين لن يستخدموا الأدوية بشكل موثوق بسبب التكلفة، مشاكل الذاكرة، صعوبة التطبيق أو عدم تحمل المعالجة ( $I+$ ,  $GQ$ ,  $DR$ )
- يعتبر قطع التريبيق فعالاً في خفض ضغط العين، ويستطب بشكل عام عندما تكون الأدوية والمعالجة الملائمة بالليزر غير كافية للتحكم بالمرض. كما يمكن اعتباره في بعض الحالات علاجاً بديلاً ( $I+$ ,  $GQ$ ,  $SR$ ).

## القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليّة]

- القصة العينية
- الجنس\*/العرق\*
- القصة العائلية
- القصة الجهازية
- مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع
- الأدوية الحالية
- الجراحة العينية

## الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى معالجة تصنيع التريبيق بالليزر

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة.
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة.
- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل خلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة.
- إجراء فحص المتابعة خلال ستة أسابيع من الجراحة أو أبكر من ذلك عند وجود تخوف من حدوث أذية في العصب البصري متعلقة بضغط العين.

## الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى جراحة الزرق الشقية\*

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة.
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يوثق بدقة الموجودات\* واستطبات\* الجراحة.
- أن يصف الستيروئيدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة.
- إجراء تقييم المتابعة في اليوم الأول بعد الجراحة (من 12 إلى 36 ساعة بعد الجراحة)، وعلى الأقل مرة واحدة خلال الأسبوع الأول أو الثاني.
- القيام في حال غياب المضاعفات\* بزيارات متابعة إضافية خلال فترة الستة أسابيع بعد الجراحة
- تحديد مواعيد لزيارات أكثر تواتراً – حسب الضرورة - للمرضى الذين حدثت لديهم مضاعفات تالية للجراحة.
- تقديم المعالجات الإضافية حسب الضرورة لتعزيز فرص الحصول على نتيجة ناجحة على المدى البعيد.

## توعية وتعليم المرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- يجب مناقشة التشخيص، وشدة المرض، والإنذار\*، والخطة العلاجية، وأرجحية استمرار المعالجة مدى الحياة.
- التوعية والتعليم فيما يتعلق بإغلاق الأجفان أو سد القناة الدمعية الأنفية عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتصاص الجهازية
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق

## الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليّة]

- قياس حدة\* البصر
- فحص الحدقة
- فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي بالمصباح الشقي\*
- قياس ضغط العين
- الشخانة القرنية المركزية
- تنظير زاوية\* الغرفة الأمامية
- تقييم رأس العصب البصري\* وطبقة الألياف العصبية الشبكية باستخدام التنظير المجسم\* المكبر بواسطة التنظير الحيوي بالمصباح الشقي وعبر حدقة موسعة ( $I+$ ,  $MQ$ ,  $SR$ )
- يجب توثيق فحص مظهر رأس العصب البصري\* بواسطة التصوير المجسم\* الملون أو تحليل الصورة بواسطة الكمبيوتر\* بشكل متسلسل ( $I+$ ,  $MQ$ ,  $SR$ )
- تقييم قعر العين\* (من خلال حدقة موسعة كلما كان ذلك ممكناً)
- تقييم الساحة البصرية\*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتبية\* الساحة البصرية السكوني الألي
- تقييم القرص البصري
- ترقق\* الإطار الشبكي العصبي\* السفلي و/أو العلوي

## خطة تدبير المرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

- يتم اختيار الضغط الهدف البديني بحيث يكون أخفض بـ 25% على الأقل عن مستوى ضغط العين قبل المعالجة. يمكن تبرير اختيار مستوى أخفض لضغط العين الهدف عند وجود أذية عصب بصري أكثر شدة.
- إن قيمة الضغط الهدف تقديرية، ويجب أن يحدد بشكل مفرد و/ أو يتم تعديله خلال سير المرض ( $III$ ,  $IQ$ ,  $DR$ )
- إن هدف المعالجة هو الحفاظ على ضغط العين ضمن المجال الذي يقل فيه احتمال أن يؤدي فقدان الساحة البصرية إلى خفض هام في نوعية حياة المريض من الناحية الصحية خلال مدة الحياة ( $I+$ ,  $MQ$ ,  $DR$ )
- إن المعالجة الدوائية في الوقت الحاضر هي الإجراء البديني الأكثر شيوعاً لخفض ضغط العين. يتوجب مراعاة التوازن مابين التأثيرات الجانبية\* وبين الفعالية\* عند اختيار علاج ذي فعالية وتحمل\* أعظميين لإحداث الإنقاص المرغوب في ضغط العين عند كل مريض.
- عند حدوث تقدم للمرض عند الضغط الهدف، يجب إعادة تقييم وجود موجات في ضغط العين لم يتم اكتشافها سابقاً وتقييم الانترام بالمعالجة قبل تخفيض قيمة ضغط العين الهدف.

## الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم عند المتابعة]

### القصة المرضية لدى الفحص

- في الزاوية، أو عند وجود تغير غير مفسر في مستوى ضغط العين. كما يجب إجراء تنظير الزاوية بشكل دوري
- يجب إعادة تقييم نظام المعالجة في حال لم يتم الوصول إلى الضغط الهدف، وفي حال كانت المنافع من تغيير العلاج تفوق الخطر
- يجب إنقاص مستوى قيمة الضغط الهدف في حال وجود تبدلات مترقية في القرص البصري\*، طبقة الألياف العصبية الشبكية أو الساحة البصرية
- تشمل العوامل التي تحدد تواتر إعادة التقييم، ضمن كل من الفترات الفاصلة الموصى بها: شدة الأذية، ومعدل الترقى، والمدى الذي يتجاوز فيه ضغط العين الضغط الهدف، وعدد وأهمية عوامل الخطورة الأخرى المؤدية لأذية العصب البصري\*

- القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين
- القصة الدوائية الجهازية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين
- التأثيرات الجانبية\* للأدوية العينية
- تواتر استخدام وزمن الاستخدام الأخير للأدوية الخافضة لضغط العين، ومراجعة استعمال الأدوية

### الفحص الفيزيائي

- قياس حدة\* البصر
- التنظير الحيوي\* بالمصباح الشقي\*
- قياس ضغط العين
- تقييم رأس العصب البصري\* والساحة البصرية\* (انظر الجدول في الأسفل)
- يجب إعادة قياس ثخانة القرنية المركزية بعد أي حدث قد يغير من قيمتها (مثال الجراحة الانكسارية\*)

- خطى التدبير للمرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية
- يجب تسجيل الجرعة وتواتر الاستعمال عند كل زيارة، وكذلك مناقشة مدى الالتزام بالخطة العلاجية، ومدى استجابة المريض للتوصيات بخصوص البدائل العلاجية أو الإجراءات التشخيصية
- يجب إجراء تنظير لزاوية الغرفة الأمامية عند وجود شك بانغلاق في الزاوية أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو تشوهات

### خطة التدبير للمرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- يجب تسجيل الجرعة وتواتر الاستعمال عند كل زيارة، وكذلك مناقشة مدى الالتزام بالخطة العلاجية، ومدى استجابة المريض للتوصيات بخصوص البدائل العلاجية أو الإجراءات التشخيصية
- يجب إجراء تنظير لزاوية الغرفة الأمامية عند وجود شك بانغلاق في الزاوية أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو تشوهات

### المتابعة

الدليل المستند على الإجماع في تقييم متابعة الحالة الزرقية وتقييم العصب البصري والساحة البصرية\*

فواصل المتابعة التقريبية (بالأشهر)**	فترة الضبط (بالأشهر)	ترقي الأذية	تحقيق ضغط العين الهدف
6	$6 \geq$	لا	نعم
12	$6 <$	لا	نعم
2- 1	(غير معتمدة)	نعم	نعم
2- 1	(غير معتمدة)	نعم	لا
6- 3	(غير معتمدة)	لا	لا

\* يتألف التقييم من الفحص السريري للمريض متضمناً تقييم رأس العصب البصري (مع الإجراء الدوري للتصوير المجسم\* الملون أو التصوير بواسطة الكمبيوتر للعصب البصري وتركيب طبقة الألياف العصبية الشبكية\*)، ومتضمناً أيضاً لتقييم الساحة البصرية.

\*\* قد يتطلب المرضى المصابون بأذية أكثر تقدماً أو ذوي الخطر الأكبر خلال الحياة من الزرق الأولي مفتوح الزاوية، زيارات تقييم أكثر تواتراً. تمثل فواصل المتابعة المذكورة الزمن الفاصل الأقصى الموصى به بين فترات التقييم.

## الشك بالزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم المبدي وعند المتابعة]

### القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلة]

- القصة العينية
- القصة العائلية
- القصة الجهازية
- مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع
- الأدوية الحالية
- الجراحة العينية
- القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين
- القصة الجهازية خلال الفترة الفاصلة إضافة لأي تغيير في الأدوية الجهازية
- التأثيرات الجانبية للأدوية العينية إذا كان المريض قيد المعالجة
- تواتر استخدام وتوقيت الاستخدام الأخير لأدوية الزرق، ومراجعة لاستعمال الأدوية إذا كان المريض قيد المعالجة

### الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلة]

- قياس حدة\* البصر
- فحص الحدقة
- فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي بالمصباح الشقي\*
- قياس ضغط العين
- الثخانة القرنية المركزية
- تنظير زاوية\* الغرفة الأمامية
- تقييم رأس العصب البصري\* وطبقة الألياف العصبية الشبكية باستخدام التنظير الجسم\* المكبر بواسطة التنظير الحيوي بالمصباح الشقي وعبر حدقة موسعة
- يجب توثيق فحص مظهر رأس العصب البصري\*، وإذا أمكن طبقة الألياف العصبية الشبكية (II+, GQ, SR)
- تقييم قعر العين\* (من خلال حدقة موسعة كلما كان ذلك ممكناً)
- تقييم الساحة البصرية\*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتبة\* الساحة البصرية السكوني الألي
- تقعر\* الحفيرة\* البصرية
- ترقق\* الإطار الشبكي العصبي\* السفلي و/أو العلوي
- تعتمد فواصل الزيارة على طريقة التفاعل بين المريض والمرض، والتي تعتبر فريدة\* وخاصةً لكل مريض من المرضى
- يركز تواتر التقييم الدوري لرأس العصب البصري والساحة البصرية على تقييم درجة الخطر. يتطلب المرضى الذين لديهم قرنية قليلة السماكة، وقيم أعلى من ضغط العين، ونزف في القرص\*، وقيمة عالية لنسبة التقعر إلى القرص\*، وقيمة عالية من متوسط الانحراف المعياري للنموذج\*، أو قصة عائلية للزرق أن تكون المتابعة وثيقة.

### فواصل المتابعة

### خطة التدبير للمرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

### توعية وتعليم المرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- مناقشة التشخيص، وعدد وشدة عوامل الخطورة، والإنذار\*، وخطة التدبير، وأرجحية أن تستمر المعالجة بعد البدء بها ولمدة طويلة
- التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التداخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والمنافع النسبية للتدخلات البديلة
- التوعية والتعليم حول إغلاق الأجفان وسد القناة الدمعية الأنفية\* عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتصاص الجهازي
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق
- إن الهدف البدي المنطقي هو أن يكون مستوى الضغط الهدف أقل بما يعادل 20% من متوسط قياسات قاعدية متعددة لضغط العين استناداً إلى المعايير المأخوذة من دراسة ارتفاع ضغط العين (I+, MQ, ) (DR)
- إن هدف المعالجة هو الحفاظ على ضغط العين ضمن المجال الذي يقل فيه احتمال أن يؤدي فقدان الساحة البصرية إلى خفض هام في نوعية حياة المريض من الناحية الصحية خلال مدة الحياة (II+, ) (MQ, DR)
- عند الاكتشاف الجديد لأذية زرقية في الساحة البصرية عند مريض شك بالزرق، يفضل إعادة الاختيار (II+, GQ, SR)
- يجب على السريريين شمل كل المعلومات البنيوية ومن الساحة البصرية بالإضافة لتقنية التصوير المحوسب عند اتخاذ قرارات تدبير المريض (III, IQ, SR)

## انغلاق الزاوية البدئي [التقييم البدئي والمعالجة]

خلال 5 سنوات (II+, GQ, SR)

### الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى بضع القرحة

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة
- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل مباشرة قبل الجراحة وخلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة
- أن يصف الستيرويديات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة
- أن يضمن حصول المريض على العناية الملائمة بعد الجراحة
- يتضمن التقييم عند المتابعة:
- تقييم انفتاح بضع القرحة برؤية محفظة العدسة الأمامية
- قياس ضغط العين
- تنظير الزاوية مع الضغط\* / التسطيح\* إذا لم يكن قد أُجري مباشرة بعد بضع القرحة
- توسيع الحدقة للتقليل من خطر تشكل الالتصاقات الخلفية
- فحص قعر العين حينما يستطب\* سريرياً
- وصف الأدوية قبل وبعد الجراحة لتجنب الارتفاع المفاجئ لضغط العين، ولاسيما لدى المرضى المصابين بمرض شديد

### متابعة مرضى بضع القرحة

- بعد بضع القرحة، يتابع المرضى المصابون باعتلال زرقى في العصب البصري تبعاً لنموذج الممارسة المفضل لدى مرضى الزرق الأولي مفتوح الزاوية
- بعد بضع القرحة، يجب أن يتابع المرضى الذين أصبحت الزاوية مفتوحة لديهم أو لديهم تشارك بين الزاوية المفتوحة وبعض الالتصاقات\* الأمامية المحيطية مع أو بدون اعتلال زرقى في العصب البصري، على الأقل سنوياً، مع الانتباه بشكل خاص إلى إعادة تنظير الزاوية

### توعية وتعليم المرضى في حال عدم إجراء بضع القرحة

- يجب تحذير المرضى الذين لديهم شك بانغلاق الزاوية البدئي الذين لم يخضعوا لبضع القرحة من خطر حدوث نوبة انغلاق زاوية حاد وأن بعض الأدوية تسبب توسعاً في الحدقة وتؤدي لنوبة انغلاق زاوية حاد (III, MQ, DR)
- إعلام المرضى عن أعراض نوبة انغلاق الزاوية الحاد، وتنبيههم لضرورة إبلاغ طبيب العيون فوراً لدى ظهور الأعراض (III, MQ, SR)

### القصة لدى الفحص البدني [العناصر الدليّة]

- القصة العينية (أعراض قد تدل على هجمات من انغلاق الزاوية المتقطع)
- القصة العائلية للزرق الحاد مغلق الزاوية
- القصة الجهازية (كاستعمال أدوية موضعية أو جهازية)

### الفحص الفيزيائي البدني [العناصر الدليّة]

- الحالة الانكسارية\*
- الحدقتان\*
- التنظير الحيوي\* بالمصباح الشقي\*
- تبغ\* الملتنمة\* (في الحالات الحادة)
- نقص في عمق الغرفة الأمامية المركزي والمحيطي
- وجود التهاب في الغرفة الأمامية، يدل على هجمة حديثة أو حالية
- تورم\* القرنية (الوذمة\* الكيبسية\* ووذمة اللحمه شائعة في الحالات الحادة)
- شذوذات\* القرحة\* متضمنة الضمور\* المنتشر أو الموضع، الالتصاقات\* الخلفية، وظيفة الحدقة\* غير الطبيعية، شكل الحدقة غير المنتظم، و حدقة بوضعية نصف التوسع (تدل على هجمة حديثة أو حالية).
- تبدلات العدسة\* متضمنة الساد\* والبقع الزرقية\*
- نقص خلايا بطانة\* القرنية
- قياس ضغط العين
- تنظير الزاوية\* و/ أو تصوير القسم الأمامي في كلا العينين
- تقييم قعر العين\* ورأس العصب البصري\* باستعمال منظار قعر العين المباشر\* أو التنظير الحيوي بالمصباح الشقي مع عدسة غير مباشرة\*

### خطة التدبير للمرضى الذين يستطب إجراء بضع القرحة\* لديهم

- يستطب بضع القرحة في العيون ذات انغلاق الزاوية البدئي أو الزرق البدئي مغلق الزاوية (I+, GQ, SR)
- يعتبر بضع القرحة بالليزر العلاج الجراحي المفضل لنوبة انغلاق الزاوية الحاد لأنه ذو نسبة الخطر/ الفائدة\* الأفضل (II+, MQ, SR)
- تستعمل المعالجة الدوائية في البداية بنوبة انغلاق الزاوية الحاد لإنفاص ضغط العين، وتخفيف الألم، وتخفيف وذمة القرنية. يجب بعدها إجراء بضع القرحة بأسرع وقت ممكن (III, GQ, SR)
- جرى بضع قرحة اتقاني في العين الثانية إذا كانت زاوية الغرفة الأمامية ضحلة تشريحياً، حيث أنه في حوالي نصف الحالات قد تحدث نوبة انغلاق زاوية حاد في العين الثانية



AMERICAN ACADEMY™  
OF OPHTHALMOLOGY  
Protecting Sight. Empowering Lives.

## ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

### Disclaimer:

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks 2015. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from these of any recommendations or other information contained herein.

### توضيح وتصل:

هذه النشرة هي ترجمة لنشرة الأكاديمية الأمريكية لطب العيون ذات العنوان "ملخص المعالم الرئيسية 2015". تعكس هذه النشرة الممارسة الحالية في الولايات المتحدة الأمريكية عند تاريخ نشرها الأصلي من قبل الأكاديمية، وقد تتضمن بعض التعديلات التي تعكس الممارسات المحلية. لم تقم الأكاديمية الأمريكية لطب العيون بترجمة هذه النشرة إلى اللغة التي قدمت فيها وتتنصل من أية مسؤولية من أي تعديلات، أو أخطاء، أو إغفالات، أو أي غلط ممكن في الترجمة. تقدم الأكاديمية الأمريكية لطب العيون هذه النشرة لأهداف تعليمية فقط. ولم يقصد بها تقديم الأسلوب أو الإجراء الوحيد أو الأفضل في كل حالة، أو استبدال حكم الطبيب أو إعطاء نصيحة مخصصة في تدبير حالة. إن تضمين جميع الاستطابات، ومضادات الاستطباب، والتأثيرات الجانبية وبدائل أخرى لكل دواء أو علاج هي خارج نطاق هذه المنشورة. يجب التحقق من جميع المعلومات والتوصيات - قبل الاستعمال مع المعلومات الحالية الموجودة والموضوعة في عبوة المنتج أو أي مصدر مستقل آخر، وتعتمد على ضوء حالة وتاريخ المريض. إن الأكاديمية تتنصل بشكل خاص من أي أو كل الأضرار أو الأذيات أو الخسائر من أي نوع كانت، والنتيجة عن الإهمال أو غيره، وكذلك من كل الإدعاءات والمطالبات التي قد تنبثق عن استعمال أي من التوصيات أو المعلومات الأخرى الواردة في هذه النشرة.