



فهرست (کاتاراکت و جراحی رفرکتیو)

دکتر فرید کریمیان، 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 چشم‌پزشکی 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).

کاتاراکت (ارزیابی اولیه و پیگیری)

شرح حال اولیه

- نشانه‌ها و شکایات بیمار
- سابقه مشکلات چشمی
- سابقه مشکلات سیستمیک
- ارزیابی وضعیت عملکرد بینایی

معاینه فیزیکی اولیه

- حدت بینایی اصلاح شده فعلی
- اندازه‌گیری BCVA (در صورت لزوم با رفرakشن)
- معاینات بخش خارجی چشم
- هم‌راستایی و حرکات چشم‌ها
- واکنش و عملکرد مردمک
- اندازه‌گیری فشار داخل چشمی
- معاینه با اسلیت لامپ
- معاینه عدسی، ماکولا، محیط شبکیه، عصب بینایی و ویتره با مردمک دیلاته
- ارزیابی جنبه‌های مرتبط شرایط طبی و جسمی بیمار

نحوه درمان

- درمان زمانی باید انجام پذیرد که عملکرد بینایی بیمار دیگر احتیاجات وی را برآورده نکند و احتمال معقولی وجود داشته باشد که انجام جراحی کاتاراکت باعث بهبود دید بیمار شود.
- همچنین جراحی کاتاراکت زمانی کاربرد دارد که شواهدی از بیماری ناشی از لنز وجود داشته باشد یا در چشمی که دارای پتانسیل بینایی است، نیاز به دیدن فوندوس باشد.
- در موارد زیر جراحی نباید انجام شود:
 - در مواردی که استفاده از عینک قابل تحمل، نیازها و خواسته‌های بیمار را برآورده می‌کند.
 - در مواردی که توقع نمی‌رود که جراحی دید بیمار را بهبود بخشد و هیچ دلیل دیگری هم برای خارج کردن لنز وجود ندارد.
 - در مواردی که به علت وجود بیماری طبی یا چشمی همزمان، جراحی کاتاراکت برای بیمار بی‌خطر تلقی نشود.
 - در مواردی که امکان مراقبت‌های مناسب پس از عمل وجود نداشته باشد.
 - در مواردی که بیمار یا همراه وی امکان اعلام رضایت آگاهانه برای جراحی غیراورژانس را نداشته باشند.
- اندیکاسیون‌های جراحی برای چشم دوم مشابه چشم اول است (با در نظر گرفتن نیاز به دید دوچشمی) [الف - II]

ملاحظات قبل از عمل

- چشم‌پزشکی که قرار است جراحی را انجام دهد دارای مسئولیتهایی زیر می‌باشد:
- معاینه بیمار قبل از عمل
- کسب اطمینان از ثبت صحیح نشانه‌ها، علائم و اندیکاسیون‌های درمان

- مطلع کردن بیمار از خطرات، منافع و نتیجه قابل انتظار از جراحی
- تنظیم برنامه جراحی، از جمله شامل انتخاب لنز داخل چشمی
- مرور نتایج قبل از جراحی و ارزیابی‌های تشخیصی با بیمار
- تنظیم برنامه‌های پس از جراحی و مطلع کردن بیمار از نحوه پیگیری

ارزیابی‌ها در پیگیری

- بیماران پرخطر باید ظرف 24 ساعت بعد از جراحی دیده شوند.
- بیماران معمولی باید ظرف 48 ساعت بعد از جراحی دیده شوند.
- ویزیت‌های بعدی برحسب رفراکشن، عملکرد بینایی و شرایط طبی چشم برنامه‌ریزی می‌شود.
- ضروری است که بیماران پرخطر مکرراً پیگیری شوند.
- هر معاینه پس از جراحی باید شامل موارد زیر باشد:
 - شرح حال، شامل نشانه‌های جدید و نحوه مصرف داروهای پس از عمل
 - ارزیابی عملکرد بینایی از دیدگاه بیمار
 - ارزیابی عملکرد بینایی (حدت بینایی و معاینه با پین هول)
 - اندازه‌گیری فشار داخل چشمی
 - معاینه با اسلیت لامپ

کپسولوتومی با لیزر Nd:YAG

- درمان زمانی موردنیاز است که به علت کدورت کپسول خلفی دید بیمار در حدی مختل شده باشد که نیازهای بینایی وی برآورده نشود یا زمانی که کدورت اختلال عمده‌ای برای معاینه فوندوس ایجاد کند.
- باید بیمار در مورد علائم جداشدگی ویتره، پارگی‌ها و جداشدگی‌های شبکیه و نیاز فوری به معاینه در صورت رخ دادن این نشانه‌ها آموزش داده شود.

آموزش بیمار

- برای بیمارانی که عملاً یک چشمی محسوب می‌شوند، ضروری است که در مورد منافع و خطرات جراحی از جمله شامل خطر از دست رفتن بینایی توضیح داده شود.