AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

مقدمه

آنچه در اینجا آورده می‌شود، خلاصه‌ای از معیارهای راهنمای الگوی ارجح طبابت است که آکادمی چشم پزشکی آمریکا پیشنهاد کرده است. مجموعهٔ 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 رتبهٔ 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 رتبهٔ 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 نحوهٔ طبابت ارائه می‌دهد و خاص یک مورد نمی‌باشد. البته انتظار می‌رود که این رهنمودها به طورکلی 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 برگیرندهٔ کلیهٔ روش‌های قابل استفاده برای دستیابی به بهترین نتیجه نیست و امکان وجود روش‌های دیگر برای دستیابی به نتیجهٔ 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 دستورالعمل های بین دانشگاهی اسکاتلند (SIGN) به کار رفته است. تعاریف و سطوح شواهد برای رتبه بندی مطالعات انفرادی به این شرح است:

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

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

_I : متاآنالیز، مرور سیستماتیک کارآزمایی‌های بالینی راندوم شده یا کارآزمایی‌های بالینی با ریسک تورش بالا.

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

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

_I : مطالعات مورد شاهدی یا کوهورتی که ریسک تورش یا عوامل مخدوش کننده در آنها زیاد است و احتمالا 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 واضحا 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 رتبهٔ اهمیت دارای 3 سطح است:

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

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 ـ 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 ـ 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 (مثلا 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).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

گلوکوم زاویه باز اولیه (ارزیابی اولیه)

شرح حال اولیه (عناصر کلیدی)

- سابقهٔ مشکلات چشمی
- نژاد و اصلیت
- سابقهٔ خانوادگی
- سابقهٔ مشکلات سیستمیک
- مرور سوابق بیمار
- داروهای فعلی
- جراحی چشمی

معاینه بالینی اولیه (عناصر کلیدی)

- حدت بینایی
- مردمک
- بیومیکروسکوپی سگمان قدامی با اسلیت لامپ
- اندازه‌گیری فشار داخل چشم
- ضخامت مرکز قرنیه
- گونیوسکوپی
- ارزیابی سر عصب اپتیک و لایه رشته‌های عصبی رتین با اسلیت لامپ به صورت سه بعدی با بزرگنمایی از طریق مردمک دیلاته (I+, MQ, SR)
- ثبت پی در پی وضعیت ظاهری سر عصب اپتیک با تصویربرداری سه بعدی رنگی یا تحلیل تصویر براساس کامپیوتر (I+, MQ, SR)
- ارزیابی فوندوس (در صورت امکان از طریق مردمک دیلاته)
- ارزیابی میدان دید، ترجیحاً بوسیله پریمتری اتوماتیک استاتیک با استراتژی آستانه.
- ارزیابی دیسک اپتیک
- نازکی لبه نورو رتینال تحتانی و/یا فوقانی

طرح درمانی در بیمارانی که به درمان نیاز دارند

- هدف اولیه آن است که فشار چشم حداقل 25٪ نسبت به قبل از درمان کاهش یابد. در موارد آسیب شدیدتر عصب اپتیک حتی می‌توان فشار پایین‌تری را هدف گرفت.
- این هدف اولیه صرفاً یک تخمین است و باید در سیر بیماری به صورت اختصاصی برای هر فرد تعیین و تعدیل گردد. (I+, MQ, SR)
- هدف درمان آن است که فشار چشم در محدوده‌ای حفظ شود که میدان بینایی بیمار در طول دوران حیاتش افت قابل توجهی پیدا نکند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را کاهش دهد. (II+, MQ, DR)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

- در حال حاضر درمان دارویی شایع‌ترین مداخله درمانی اولیه برای کاهش فشار داخل چشم می‌باشد. برای انتخاب یک رژیم درمانی با حداکثر اثربخشی و پذیرش و تحمل بیمار باید تعادل بین عوارض جانبی و اثربخشی درمان را در نظر داشت تا بتوان در هر بیمار فشار داخل چشم را تا حد موردنظر کاهش داد.
- اگر با وجود کاهش فشار چشم تا حد مورد نظر بیماری پیشرفت کند، پیش از کاهش فشار هدف باید بالا و پایین رفتن فشار و پایبندی بیمار به درمان مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد.
- بیماری که تحت درمان با داروهای ضدگلوکوم قرار می‌گیرد باید از لحاظ توکسیسیته و عوارض جانبی موضعی چشمی و عوارض سیستمیک بررسی شود.
- می‌توان ترابکولوپلاستی لیزری را به عنوان درمان اولیه در بیماران گزینش شده یا درمان جایگزین در بیمارانی که به علت هزینه، اختلال حافظه، ناتوانی در چکاندن قطره یا عدم تحمل دارو به درمان دارویی پایبند نیستند مد نظر قرار داد. (I+, GQ, DR)
- ترابکولکتومی در کاهش فشار چشم موثر است و معمولا وقتی به کار می‌رود که درمان دارویی یا درمان لیزری مناسب برای کنترل بیماری کافی نباشد، اما در موارد انتخاب شده می‌تواند به عنوان درمان اولیه هم به کار رود. (I+, GQ, SR)

جراحی و مراقبت‌های پس از عمل در بیماران ترابکولوپلاستی لیزری

چشم‌پزشکی که اقدام به جراحی می‌کند مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد:

- اخذ رضایت‌نامه آگاهانه
- کسب اطمینان از اینکه ارزیابی‌های قبل از عمل ضرورت انجام جراحی را مسجل کرده است.
- حداقل یک بار اندازه‌گیری فشار داخل چشم در فاصلهٔ زمانی 30 دقیقه تا 2 ساعت مانده به عمل
- معاینهٔ پیگیری ظرف 6 هفته پس از جراحی؛ در مواردی که نگران آسیب عصب بینایی ناشی از بالا بودن فشار چشم باشیم معاینه باید زودتر انجام گیرد.

جراحی و مراقبت‌های پس از عمل در جراحی‌های انسیزیونی گلوکوم

چشم پزشکی که اقدام به جراحی می‌کند مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد:

- اخذ رضایت‌نامهٔ آگاهانه
- کسب اطمینان از اینکه در ارزیابی قبل از عمل یافته‌ها و نیاز به جراحی به درستی منعکس شده است.
- تجویز کورتیکواستروئید موضعی در دورهٔ پس از عمل
- انجام معاینهٔ پیگیری در روز اول پس از عمل (12 تا 36 ساعت پس از جراحی) و حداقل یک معاینهٔ دیگر در یکی دو هفتهٔ اول.
- در موارد بدون عارضه، انجام یک معاینهٔ دیگر در یک دورهٔ 6 هفته‌ای.
- در صورت لزوم برنامه‌ریزی برای انجام ویزیت‌های مکرر در بیمارانی که پس از عمل دچار عارضه شده‌اند.
- در صورت لزوم، به‌کارگیری درمان‌های اضافی جهت به حداکثر رسانیدن احتمال دستیابی به نتایج موفقیت‌آمیز درازمدت. [الف ـ III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

آموزش بیمار در موارد درمان طبی

- توضیح کافی در مورد تشخیص، شدت بیماری، پیش‌آگهی، طرح درمانی و احتمال بالای نیاز به درمان مادام‌العمر.
- آموزش به بیمار برای بسته نگه داشتن پلک و فشار بر مجرای نازولاکریمال در موقع استفاده از قطره‌های موضعی به منظور کاهش جذب سیستمیک دارو.
- تشویق بیمار به آگاه کردن چشم پزشک از تغییرات جسمی یا روحی ایجاد شده در زمان مصرف داروهای گلوکوم.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

گلوکوم زاویه باز اولیه (معاینات پیگیری)

شرح حال

- تغییرات سابقهٔ چشمی نسبت به معاینهٔ قبلی
- تغییرات سابقهٔ درگیری‌های سیستمیک نسبت به معاینهٔ قبلی
- عوارض جانبی داروهای چشمی
- زمان و دفعات مصرف آخرین داروهای پایین‌آورندهٔ فشار داخل چشم، و مرور نحوهٔ مصرف داروها

معاینهٔ بالینی

- سنجش حدت بینایی
- بیومیکروسکوپی با اسلیت لامپ
- اندازه‌گیری فشار داخل چشم
- ارزیابی سر عصب بینایی و میدان بینایی (به جدول پایین مراجعه کنید).
- تکرار اندازه‌گیری ضخامت مرکز قرنیه بعد از هر رخدادی که می‌تواند ضخامت قرنیه را تغییر دهد. (مثلا جراحی رفرکتیو)

طرح درمان در بیمارانی که تحت درمان طبی قرار گرفته‌اند

- در هر نوبت معاینه ضروری است که دوز و دفعات مصرف دارو، تأکید بر رعایت درست رژیم درمانی؛ و پاسخ بیمار در برابر پیشنهاد روش‌های درمانی دیگر و اقدامات تشخیصی ثبت گردد.
- در صورت شک به بسته بودن زاویه، کم‌عمق شدن اتاق قدامی یا اختلالات زاویهٔ اتاق قدامی و در موارد تغییرات غیرقابل توجیه فشار چشم، باید گونیوسکوپی تکرار شود. در هر حال لازم است گونیوسکوپی به صورت دوره‌ای تکرار شود.
- اگر فشار داخل چشمی تا حد موردنظر کاهش نیافته باشد و مزایای تغییر رژیم درمانی از خطرات آن بیشتر باشد باید رژیم درمانی را تحت بازنگری قرار داد.
- در صورتی که تغییرات عصب اپتیک یا رشته‌های عصبی رتین یا میدان بینایی پیشرفت کرده باشد باید سطح پایین‌تری از فشار داخل چشمی را به عنوان هدف درمان در نظر گرفت.
- در هر یک از فواصل زمانی توصیه شده، تصمیم‌گیری در مورد تناوب ارزیابی‌ها براساس موارد زیر انجام می‌گیرد: شدت آسیب، آهنگ پیشرفت بیماری، میزان اختلاف فشار داخل چشمی با فشار موردنظر؛ و تعداد و اهمیت سایر عوامل خطرساز برای آسیب عصب بینایی.

آموزش بیمار

- بیماران باید در مورد فرایند بیماری، علت منطقی و اهداف مداخلهٔ درمانی، وضعیت فعلی بیماری و مزایا و خطرات نسبی سایر مداخلات درمانی آموزش داده شوند تا بتوانند به شکلی هدفمند در برنامهٔ درمانی درگیر شوند.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

- بیمارانی که دچار اختلال بینایی جدی یا نابینایی شده‌اند باید به استفاده از خدمات بازتوانی بینایی و سرویس‌های اجتماعی تشویق شده و به این مراکز ارجاع گردند.
- به بیمارانی که انجام جراحی کراتورفرکتیو را مد نظر دارند باید در مورد اثرات احتمالی این جراحی بر کاهش حساسیت به کنتراست و کاهش دقت اندازه‌گیری فشار چشم تذکر داد.

پیگیری

دستورالعمل‌های مورد توافق برای ارزیابی وضعیت گلوکوم با بررسی عصب اپتیک و میدان بینایی

دستیابی به فشار چشم موردنظر	پیشرفت آسیب	طول مدت کنترل	فاصلهٔ زمانی تقریبی برای پیگیری (ماه) *
بله	خیر	6 ماه یا کمتر	6
بله	خیر	بیش از 6 ماه	12
بله	بله	نامشخص	2-1
خیر	بله	نامشخص	2-1
خیر	خیر	نامشخص	6-3

* بیماران مبتلا به آسیب شدیدتر و آنهایی که احتمال بیشتری برای ابتلا به گلوکوم زاویه باز اولیه در طول زندگی دارند ممکن است به ارزیابی زودتر نیاز داشته باشند. فواصل زمانی توصیه شده حداکثر فاصلهٔ زمانی توصیه شدهٔ معاینات را نشان می‌دهد.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

موارد مشکوک به گلوکوم زاویه باز اولیه (ارزیابی اولیه و پیگیری)

شرح حال اولیه (عناصر کلیدی)

- سابقهٔ چشمی
- سابقه خانوادگی
- سابقهٔ مشکلات سیستمیک
- مرور سوابق پزشکی مرتبط
- داروهای فعلی
- جراحی چشمی

معاینه بالینی اولیه (عناصر کلیدی)

- سنجش حدت بینایی
- معاینه مردمک
- بیومیکروسکوپی سگمان قدامی با اسلیت لامپ
- اندازه‌گیری فشار داخل چشم
- اندازه‌گیری ضخامت مرکز قرنیه
- گونیوسکوپی
- ارزیابی سر عصب اپتیک و لایهٔ رشته‌های عصبی رتین با اسلیت لامپ با دید سه‌بعدی و بزرگنمایی از طریق مردمک دیلاته
- ثبت وضعیت ظاهری عصب اپتیک و در صورت امکان لایه سلولهای عصبی رتین (II+, GQ, SR)
- ارزیابی فوندوس (در صورت امکان از طریق مردمک دیلاته)
- ارزیابی میدان بینایی، ترجیحاً با پریمتری اتوماتیک با استراتژی آستانه استاتیک
- بررسی فرورفتگی کاپ اپتیک
- بررسی نازک شدگی لبه نورورتینال تحتانی و/یا فوقانی

طرح درمانی در بیمارانی که نیاز به درمان دارند

- هدف منطقی اولیه آن است که فشار چشم به میزان 20٪ نسبت به میانگین فشار چشم پایهٔ اندازه‌گیری شده بر اساس معیارهای *مطالعه افزایش فشار چشم* کاهش پیدا کند. (I+, MQ, DR)
- هدف درمان آن است که فشار چشم در محدوده‌ای حفظ شود که میدان بینایی بیمار در طول دوران حیاتش افت قابل توجهی پیدا نکند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را کاهش دهد. (II+, MQ, DR)
- اگر اختلال میدان بینایی گلوکومی جدیدا در یک بیمار مشکوک به گلوکوم دیده شده است، بهتر است این آزمایش تکرار شود. (II++, GQ, SR)
- پزشک باید در زمان تصمیم‌گیری برای نحوه درمان، علاوه بر تصاویر دیجیتال، اطلاعات ساختاری و داده‌های پریمتریک را نیز در نظر بگیرد. (III, IQ, SR)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

تاریخچه در معاینات پیگیری

- تغییرات سابقهٔ چشمی نسبت به معاینه قبلی.
- تغییرات سابقهٔ سیستمیک نسبت به معاینهٔ قبلی و هرگونه تغییر در داروهای سیستمیک.
- عوارض داروهای چشمی در بیمارانی که تحت درمان قرار گرفته‌اند.
- زمان و دفعات مصرف آخرین داروهای پایین‌آورندهٔ فشار چشم و مرور نحوهٔ مصرف داروها در بیمارانی که تحت درمان قرار گرفته‌اند.

معاینه بالینی پیگیری

- حدت بینایی
- بیومیکروسکوپی با اسلیت لامپ
- اندازه گیری فشار داخل چشم
- در موارد مشکوک به وجود یک جزء گلوکوم زاویه بسته، کم عمق شدن اتاق قدامی یا تغییر غیرقابل توجیه فشار داخل چشم گونیوسکوپی ضرورت دارد.

فواصل پیگیری‌ها

- فاصلهٔ معاینات پیگیری به واکنش متقابل بیمار و بیماری بستگی دارد که برای هر بیمار شکلی منحصر به فرد دارد.
- فواصل ارزیابی دوره‌ای سر عصب اپتیک و میدان بینایی به میزان خطر محاسبه شده بستگی دارد، در موارد زیر لازم است فاصلهٔ پیگیری‌ها کوتاه‌تر باشد: قرنیه نازک، فشار داخل چشمی بالا، خونریزی دیسک، کاپ بزرگ، اختلال شدیدتر میدان بینایی نسبت به الگوی میانگین استاندارد و سابقه خانوادگی گلوکوم.

آموزش بیمار در موارد درمان طبی

- توضیح کافی در مورد تشخیص، تعداد و شدت عوامل خطرساز، پیش‌آگهی، طرح درمانی و احتمال نیاز به درمان طولانی مدت پس از شروع درمان.
- آموزش دربارهٔ فرایند بیماری، دلایل منطقی و اهداف مداخلات درمانی، وضعیت فعلی بیماری و مزایا و خطرات سایر مداخلات.
- آموزش بسته نگه داشتن پلک و فشار بر مجرای اشکی در هنگام استفاده از قطره‌های موضعی به منظور کاهش جذب سیستمیک.
- تشویق بیمار به آگاه کردن پزشک از هرگونه تغییر جسمی یا روحی که در حین مصرف داروهای گلوکوم ایجاد می‌گردد.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

گلوکوم زاویه بستهٔ اولیه (ارزیابی اولیه و درمان)

شرح حال اولیه (عناصر کلیدی)

- سابقهٔ چشمی (شکایاتی که احتمال حملات گهگاهی انسداد زاویه را مطرح کنند).
- سابقهٔ خانوادگی گلوکوم حاد زاویه بسته
- سابقهٔ سیستمیک (مثلاً مصرف داروهای موضعی یا سیستمیک)

معاینه بالینی اولیه (عناصر کلیدی)

- وضعیت رفرکتیو
- مردمک
- بیومیکروسکوپی با اسلیت لامپ

- پرخونی ملتحمه (در موارد حاد)
- کاهش عمق اتاق قدامی در مرکز و کناره‌ها
- التهاب اتاق قدامی، مطرح‌کنندهٔ حملهٔ اخیر
- تورم قرنیه (ادم میکروکیستیک و ادم استروما در موارد حاد شایع است).
- ناهنجاری‌های عنبیه، از جمله آتروفی منتشر یا کانونی، چسبندگی خلفی، عملکرد غیرطبیعی مردمک، نامنظمی شکل مردمک، مردمک نیمه‌باز (مطرح‌کننده حملهٔ اخیر)
- تغییرات عدسی از جمله کاتاراکت و Glaukomflecken
- کاهش سلول‌های اندوتلیوم قرنیه

- اندازه‌گیری فشار داخل چشم
- گونیوسکوپی و/یا تصویربرداری سگمان قدامی هر دو چشم
- ارزیابی سر عصب اپتیک و فوندوس با افتالموسکوپ مستقیم یا بیومیکروسکوپ اسلیت لامپ با لنز غیر مستقیم.

طرح درمانی در بیمارانی که نیاز به ایریدوتومی دارند

- ایریدوتومی لیزری در موارد گلوکوم حاد زاویه بسته ضرورت دارد. (I++, GQ, SR)
- ایریدوتومی لیزری درمان جراحی ارجح حمله حاد گلوکوم زاویه بسته محسوب می‌گردد چون اثر مفید آن بر عوارضش برتری دارد. (II+, MQ, SR)
- در حمله حاد گلوکوم زاویه بسته در ابتدا به منظور پایین آوردن فشار چشم، کاهش درد و شفاف کردن قرنیه برای آماده‌سازی برای ایریدوتومی از دارو استفاده می‌شود. سپس در اولین فرصت ممکن ایریدوتومی انجام می‌گیرد. (III, GQ, SR)
- اگر زاویهٔ اتاق قدامی به صورت آناتومیک تنگ است باید در چشم مقابل هم ایریدوتومی محیطی پیشگیرانه انجام گیرد چون در نیمی از این موارد ظرف 5 سال آینده حمله حاد گلوکوم زاویه بسته در چشم مقابل نیز رخ می‌دهد. (II++, GQ, SR)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

جراحی و مراقبت‌های پس از عمل در ایریدوتومی

- چشم پزشکی که اقدام به جراحی می‌کند مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد:
  - اخذ رضایت‌نامه آگاهانه
  - کسب اطمینان از اینکه معاینات قبل از عمل ضرورت جراحی را مسجل کرده است.
  - حداقل یک بار کنترل فشار چشم بلافاصله قبل از عمل و 30 دقیقه تا 2 ساعت بعد از عمل.
  - تجویز کورتیکواستروئید موضعی در دورهٔ پس از عمل
  - اطمینان از اینکه بیمار بعد از عمل مراقبت کافی دریافت می‌کند.

- در پیگیری باید به این موارد توجه کرد:
  - بررسی باز بودن ایریدتومی با رویت کپسول قدامی لنز
  - اندازه‌گیری فشار چشم
  - گونیوسکوپی با کومپرشن و ایندنتیشن، در صورتی که بلافاصله بعد از عمل انجام نشده باشد.
  - دیلاته کردن مردمک به منظور کاهش خطر ایجاد چسبندگی خلفی.
  - معاینه فوندوس، وقتی از لحاظ بالینی ضرورت داشته باشد.
- قبل و بعد از عمل باید به منظور جلوگیری از افزایش ناگهانی فشار چشم به ویژه در بیمارانی که بیماری شدید دارند دارو تجویز گردد.

پیگیری موارد ایریدوتومی

- پس از ایریدوتومی بیمارانی که دچار آسیب گلوکومی عصب اپتیک شده‌اند باید به شکلی که در دستورالعمل مربوط به گلوکوم زاویه باز ذکر شده است پیگیری شوند.
- پس از ایریدوتومی، در بیمارانی که زاویه باز است و یا زاویه باز است ولی چسبندگی محیطی قدامی (PAS) وجود دارد و آسیب گلوکومی عصب بینایی ایجاد نشده است، ضروری است که پیگیری دوره‌ای باتوجه خاص به تکرار گونیوسکوپی حداقل سالی یک بار انجام گیرد.

آموزش بیماران در صورت عدم انجام ایریدوتومی

- باید به بیماران مشکوک به گلوکوم زاویه بسته که ایریدوتومی نشده‌اند هشدار داد که در معرض حمله حاد گلوکوم زاویه بسته قرار دارند؛ به علاوه برخی داروها باعث باز شدن مردمک و ایجاد حمله حاد گلوکوم زاویه بسته می‌شوند. (III, MQ, DR)
- باید به بیمارانی که در معرض خطر گلوکوم حاد زاویه بسته هستند در مورد علائم و نشانه‌های حملهٔ انسداد زاویه آموزش داد و به آنان تأکید کرد که در صورت بروز این علائم فوراً به چشم پزشک مراجعه کنند.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, November 2016, Farsi Translation July 2017

AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

بیانیه سلب مسئولیت ترجمه خلاصه توصیه‌ها

این نوشتار ترجمه‌ای است از نشریه‌ای از آکادمی چشم‌پزشکی آمریکا تحت عنوان "خلاصه توصیه‌ها". این ترجمه منعکس کننده روش کار فعلی در ایالات متحده آمریکا است و ممکن است بر اساس روش کار ملی تا حدی تعدیل شده باشد. آکادمی چشم‌پزشکی آمریکا این متن را به فارسی ترجمه نکرده است و مسئولیت هر گونه تعدیل، اشتباه، حذف و سایر خطاهای احتمالی را از خود سلب می‌نماید. آکادمی این نوشتار را صرفا جهت مقاصد آموزشی تهیه کرده است. قرار نیست این توصیه‌ها مشخص کننده تنها روش یا بهترین روش یا اقدام در هر مورد باشند، یا جایگزین قضاوت شخصی پزشک شوند یا توصیه اختصاصی برای درمان هر مورد تلقی شوند. بیان تمامی اندیکاسیون‌ها، کنتراندیکاسیون‌ها، عوارض جانبی و جایگزین‌های موجود برای هر دارو یا روش درمانی از حوصله این نوشتار خارج است. پیش از هر اقدامی، کلیه اطلاعات و توصیه‌ها باید با اطلاعات فعلی موجود در بروشور بسته‌بندی کارخانه سازنده یا سایر منابع مستقل تطابق داده شود و در پرتو شناخت شرایط و سابقه بیمار به کار گرفته شود. آکادمی مخصوصا در برابر هر ادعایی که ناشی از به کارگیری توصیه‌ها یا سایر اطلاعات موجود در این نوشتار باشد از خود سلب مسئولیت کرده است و مسئولیت هیچ یک از اشکال و انواع صدمات و آسیب‌های ناشی از قصور و غیره را بر عهده

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. 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 the use of any recommendations or other information contained herein.