



TERCİH EDİLEN YAKLAŞIM MODELİ KILAVUZLARI İÇİN ÖZET KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMELER

Giriş

Bunlar Akademinin tercih edilen yaklaşım modeli kılavuzlarının özet kriterleridir. Tercih edilen yaklaşım (PPP) model kılavuz serileri üç prensip temelinde yazılmıştır.

- Her tercih edilen tedavi modeli klinik olarak anlamlı olmalıdır ve uygulayıcılara faydalı bilgiler sağlayacak kadar özgün olmalıdır.
- Yapılan her öneri için bakım sürecinde önemini gösterecek açık bir sıralama verilmelidir.
- Ayrıca yapılan her öneriye, öneriyi destekleyen kanıtların gücünü gösterecek ve ulaşılabilen en iyi kanıtları yansıtacak açık bir sınıflama verilmelidir.

Tercih edilen yaklaşım modelleri bireysel kişi bakımı için değil, uygulama modeli için kılavuzluk sağlar.

Genel anlamda hastaların çoğunun ihtiyacını karşılaması beklenirken, bütün hastaların ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayamayabilir. Tercih edilen tedavi modellerine uyulması her durumda başarılı bir sonuç elde etmeyi garanti etmeyecektir. Bu yaklaşım modellerinin bakımdaki bütün uygun metodları içerdiği varsayılmalıdır veya en iyi sonucu elde etmede mantıklı olabilecek diğer bakım yöntemleri dışlanmamalıdır. Farklı hastaların ihtiyaçlarına farklı yollarla yaklaşmak gerekebilir. Klinisyen, belirli bir hastanın bakımının uygunluğu için son kararını, hastanın ortaya koyduğu bütün şartlar ışığında vermelidir. Amerikan Academy of Ophthalmology, üyelerine oftalmik uygulama sırasında doğabilecek etik ikilemlerin çözümüne yardımcı olmak için ulaşılabilir durumdadır.

Tercih edilen yaklaşım modeli kılavuzları bütün bireysel durumlarda uyulması gereken tıbbi standartlar değildir.

Akademi buradaki mevcut bilgilerin ve önerilerin kullanılmasından dolayı doğabilecek herhangi bir yaralanma ve hasarı, ihmalkarlık ve benzeri durumlarda oluşabilecek her türlü talebi ve yükümlülüğü özellikle reddetmektedir.

Her bir major hastalık durumu için öykü, fizik muayene ve yardımcı testleri ayrıca bakım yönetimi, izlem ve hasta eğitimini içeren öneriler özetlenmiştir. Her bir tercih edilen yaklaşım modeli için PUBMED ve Cochrane kütüphanesinde İngilizce yayınlanmış makalelerden ayrıntılı bir literatür taraması yapılmıştır. Sonuçlar, uzmanlar paneli tarafından değerlendirilmiş ve yeterli kanıt varlığında kanıtın gücünü gösteren bir oranlama verilerek önerilerin hazırlanması için kullanılmıştır.

Her bir çalışmayı değerlendirmek için, İskoçya Intercollegiate Guideline Network (SIGN) skalası kullanılmıştır. Her bir çalışmayı değerlendirmek için kullanılan kanıt tanımları ve seviyeleri aşağıdaki gibidir:

- I++: Yüksek kalitede meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemesi, veya çok düşük riskte önyargılı olabilecek randomize kontrollü çalışmalar
- I+: İyi yapılmış meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemesi, veya düşük riskte önyargılı olabilecek randomize kontrollü çalışmalar
- I-: Meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemesi, veya yüksek riskte önyargılı olabilecek randomize kontrollü çalışmalar
- II++: Yüksek kalitede, sistematik olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları; çok düşük riskli kafa karıştırıcı veya önyargılı olabilecek ve ilişkili olma ihtimalinin yüksek olduğu, yüksek kalitede olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları
- II+: Düşük riskli kafa karıştırıcı veya önyargılı olabilecek ve ilişkili olma ihtimalinin orta derecede olduğu, iyi düzenlenmiş, olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları
- II-: Yüksek riskli kafa karıştırıcı veya önyargılı olabilecek ve ilişkili olma ihtimalinin rastlantısal olmadığı, olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları
- III: Analitik olmayan çalışmalar (örn: olgu sunumu, olgu serisi)

Bakım tavsiyeleri, kanıt varlığına dayanarak oluşturulmuştur. Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi, Tavsiye Değerlendirme, Geliştirme ve Ölçme Derecelendirmesi (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation –GRADE) ile aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- İyi kalite (GQ): Yapılacak yeni çalışmaların, etki tahmini üzerindeki güveni değiştirmesi çok düşük ihtimal
- Orta kalite (MQ): Yapılacak yeni çalışmaların etki tahmini üzerine etkisi ve tahmini değiştirme ihtimali güvenimiz üzerinde önemli bir etkiye sahip
- Yetersiz kalite (IQ): Yapılacak yeni çalışmalar, etkinin tahmini belirsiz

TERCİH EDİLEN YAKLAŞIM MODELİ KILAVUZLARI İÇİN ÖZET KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMELER

Giriş

Anahtar bakım tavsiyeleri, Tavsiye Değerlendirme, Geliştirme ve Ölçme Derecelendirmesi (GRADE) ile aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- Kuvvetli tavsiye (SR): bir girişimin istenen etkileri, istenmeyen etkilerine göre çok daha ağır basıyorsa veya net olarak istenmeyen etki yoksa kullanılmıştır
- Temkinli tavsiye (DR): risk-getiri dengesi daha az belirgin olduğunda –düşük kalitede kanıt olduğunda veya kanıt, istenen ve istenmeyen etkilerin yakın dengede olduğunu gösterdiğinde kullanılmıştır.

Panel, 2011 öncesi olan PPP'lerde öneriyi bakım sürecindeki önemine göre puanlandırmıştır. Bu 'bakım sürecinin önemi' sınıflaması bakımın, uzmanlara göre hasta bakımının kalitesini anlamlı yönde iyileştireceğini düşündükleri puanlamayı göstermektedir. Önem sıralaması üç seviyeye ayrılmıştır.

- Seviye A, en önemli olarak tanımlanmıştır
- Seviye B, orta derecede önemli olarak tanımlanmıştır.
- Seviye C, ilişkili ancak kritik değil şeklinde tanımlanmıştır.

Panel ayrıca her öneriyi literatürdeki kanıtların gücüne göre puanlamıştır. 'Kanıt gücü puanlaması' ayrıca üç seviyeye ayrılmaktadır.

- Seviye I en az bir, iyi düzenlenmiş, uygun şekilde yürütülmüş randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtı içerir. Randomize kontrollü çalışmaların meta analizlerini içerebilir.
- Seviye II aşağıdakilerden elde edilen kanıtları içerir
 - İyi tasarlanmış, randomize olmayan kontrollü çalışmalar
 - İyi tasarlanmış, kohort ve vaka-kontrollü analitik çalışmalar, tercihen çok merkezli olanlar
 - Girişimle birlikte olsun veya olmasın çoklu zaman serileri
- Seviye III aşağıdakilerden birinden elde edilen kanıtı içerir
 - Tanımlayıcı çalışmalar
 - Vaka raporları
 - Uzman komite/organizasyonların raporları (örn.tercih edilen yaklaşım modeli uzmanlarının dışardan bir danışman ile fikir birliği)

Ancak, daha önceki yaklaşım, AAO SIGN ve Grade derecelendirme ve değerlendirme sistemlerini benimsedikçe zamanla, aşamalı olarak devre dışı kalmıştır.

Tercih edilen yaklaşım modelleri teknik açıdan daha fazla vurgulama ile hasta bakımında kılavuz olarak hizmet etmesi amacıyla yönelik olarak düşünülmüştür. Bu bilgiyi uygulamada, gerçek tıbbi mükemmelliğin, sadece becerilerin, hastanın ihtiyaçlarına öncelik verilerek uygulandığında elde edilebileceğinin anlaşılması gereklidir. AAO üyelerinin pratik uygulamalardan kaynaklanan etik ikilemlerini çözmede yardımcı olmaya hazırdır. (AAO Etik Kuralları)

Bakteriyel Keratit (İlk Değerlendirme)

İlk Muayenede Anamnez

- Oküler semptomlar (örn, ağrı derecesi, kırmızılık, çapaklanma, bulanık görme, fotofobi, şikayetlerin süresi, şikayetlerin başlangıcında eşlik eden durumlar) (III, GQ, SR)
- Kontak lens hikayesi (örn, kullanma programı, gece gözde kalması, kontak lens tipi, kontak lens solüsyonu, kontak lens hijyen protokolü, musluk suyu ile kontak lens yıkanması, yüzme, sıcak banyo veya saunada kontak lens kullanımı, veya kontak lens gözdeyken duş alma) (II+, GQ, SR)
- Herpes simpleks viral keratiti, varisella zoster viral keratiti, daha önce geçirilmiş bakteriyel keratiti, travma, kuru göz gibi risk faktörleri ve refraktif cerrahi de dahil geçirilmiş göz cerrahilerini içeren diğer oküler hikayenin tekrar gözden geçirilmesi (III, GQ, SR)
- Diğer tıbbi problemlerin tekrar gözden geçirilmesi (III, GQ, SR)
- Daha önce veya güncel alınan oküler ilaçlar (III, GQ, SR)
- İlaç allerjileri (III, GQ, SR)

İlk Fizik Muayene

- Görme keskinliği (III, GQ, SR)
- Cilt durumunda dahil hastanın genel görünümü (III, GQ, SR)
- Yüz incelemesi (III, GQ, SR)
- Glob pozisyonu (III, GQ, SR)
- Gözkapakları ve gözkapaklarının kapanması (III, GQ, SR)
- Konjonktiva (III, GQ, SR)
- Nazolakrimal yapılar (III, GQ, SR)
- Kornea hissi (III, GQ, SR)
- Biyomikroskopi (III, GQ, SR)
 - Gözkapak kenarları (III, GQ, SR)
 - Konjonktiva (III, GQ, SR)
 - Sklera (III, GQ, SR)
 - Kornea (III, GQ, SR)
 - Ön kamara derinliği ve hücre ve flare, hipopiyon, fibrin, hifemayı da içeren enflamasyon varlığı (III, GQ, SR)
 - Ön vitreus (III, GQ, SR)
 - Etiyoloji ve altta yatan muhtemel benzer patoloji ipuçları için diğer göz (III, GQ, SR)

Teşhise Yönelik Testler

- Toplumsal edinsel vakaların çoğunluğunu ampirik tedavi yöntemleri ile, sürüntü veya kültür olmadan tedavi et (III, IQ, DR)
- Sürüntü ve kültür endikasyonları:

- Görmeyi tehdit eden veya mikrobiyal kökenli olduğundan şüphe edilen şiddetli keratitde tedaviye başlamadan önce (III, IQ, DR)
- Stromanın ortasına veya derinine uzanan büyük santral korneal infiltrat (III, IQ, DR)
- Kronik seyir (III, IQ, DR)
- Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine yanıt olmadığında (III, IQ, DR)
- Klinik özellikleri fungal, amibik veya mikobakteriyel keratiti düşündürdüğünde (III, IQ, DR)
- Bakteriyel keratitlerde oluşan hipopiyon sıklıkla sterildir, ve mikrobiyal endoftalmi şüphesi kuvvetli olmadığında aköz veya vitreus tap yapılmamalıdır. (III, IQ, DR)
- Kültürden elde edilecek sonucu arttırmak için kültür için alınan kornea sürüntüleri direk olarak uygun kültür ortamına inoküle edilmelidir. (III, IQ, DR) Bu mümkün olmadığında, spesimen taşıma ortamına konmalıdır. (II+, MQ, DR) Her iki durumda da, kültür hemen inkübe edilmeli veya laboratuara götürülmelidir. (III, GQ, SR)

Bakım Yönetimi

- Çoğu olguda topikal antibiyotikli göz damlaları tercih edilir. (III, GQ, SR)
- Bakteriyel keratit olduğu kabul edilen olgularda ampirik tedavi olarak başlangıçta geniş spektrumlu topikal antibiyotik kullanılır. (III, IQ, DR)
- Santral veya şiddetli keratit için (örn, derin stromal tutulum veya belirgin sekresyonlu 2 mmden büyük infiltrat) yükleme dozunun ardından (örn, ilk 30-60 dakika için her 5-15 dakikada) sık uygulama (örn, her yarım saatte veya saatbaşlarında) ile devam edilir (III, IQ, DR) Daha az şiddetli keratitlerde, daha az sıklıkta uygulanan tedavi rejimi uygundur. (III, IQ, DR)
- Gonokokal keratit için sistemik tedavi kullanılır. (III, IQ, DR)
- İlk başvurduğunda oküler topikal kortikosteroid ile tedavi edilen bakteriyel keratit kabul edilen hastada, enfeksiyon kontrol altına alınana dek steroid azaltılmalı veya kesilmelidir. (III, GQ, SR)
- Kornea infiltratı görme aksını tehdit ettiğinde, en az 2-3 günlük topikal antibiyotik tedavisi ile progresif iyileşmenin ardından topikal kortikosteroid tedavisi eklenebilir (III, IQ, DR) Topikal antibiyotik yavaş yavaş azaltılarak, yüksek düzeyde devam edilir. (III, IQ, DR)
- Topikal kortikosteroid tedavisinin başlanması ardından hasta 1-2 gün sonra muayene edilir. (III, IQ, DR)

Bakteriyel Keratit (Bakım Önerileri)

Hasta Eğitimi

- Bakteriyel keratite zemin hazırlayan risk faktörleri ve hastanın rölatif riskleri, enfeksiyonun belirti ve bulguları ve benzer uyarıcı belirti ve bulgular olduğunda en kısa sürede göz doktoruna başvurmaları için hastayı bilgilendirin (III, GQ, SR)
- Bakteriyel keratitin zarar verici seyri ve tedaviye çok sıkı uyum gerekliliği hakkında eğitim verilmelidir (III, GQ, SR)
- Kalıcı görme kaybı ihtimali ve ilerde olabilecek görsel rehabilitasyon ihtiyacı tartışılmalıdır (III, GQ, SR)
- Kontak lens kullanımı ile olabilecek artmış enfeksiyon riski, gece kullanımı ve kontak lens hijyeni tekniklerine uyulmasının önemi ile ilgili kontak lensleri ile ilgili eğitim verilmelidir (II+, GQ, SR)
- Cerrahi için uygun aday olmadığında, belirgin görme kaybı veya körlük olan hasta görsel rehabilitasyona yönlendirilmelidir (www.aao.org/smart-sight-low-vision)

Bakteriyel Keratitte Antibiyotik Tedavisi

Organizma	Antibiyotik	Topikal Konsanstrasyon	Subkonjonktival Doz
Organizma Bulunamadığında veya birden çok olduğunda	Sefazolin Ve Tobramycine veya gentamisin Veya Florokinolonlar*	50mg/ml 9-14mg/ml Değişken†	0.5ml'de 100 mg 0.5 ml'de 20 mg
Gram + koklar	Sefazoli Vankomisin‡ Basitrasin‡ Florokinolonlar*	50mg/ml 15-50mg/ml 10.000IU Değişken†	0.5ml'de 100 mg 0.5ml'de 25 mg
Gram – rodlar	Tobramisin veya gentamisin Sefazidim Florokinolonlar	9-14mg/ml 50mg/ml Değişken†	0.5 ml'de 20 mg 0.5 ml'de 100 mg
Gram – koklar§	Seftriakson Sefazidim Florokinolonlar	50mg/ml 50 mg/ml Değişken†	0.5 ml'de 100 mg 0.5 ml'de 100 mg
Tüberküloz dışı Mikobakteriler	Amikasin Klaritromisin Azitromisin// Florokinolonlar	20-40mg/ml 10mg/ml 10mg/ml Değişken†	0.5 ml'de 20 mg
Nokardia	Sulfasetamid Amikasin Trimetoprim/ Sulfametaksazol: Trimetoprim Sulfametaksazol	100mg/ml 20-40mg/ml 16mg/ml 80mg/ml	0.5 ml'de 20 mg

* Daha az gram-pozitif kok, diğer florokinolonlara göre gatifloxacin ve moxifloxacin'e dirençlidir.

† Besifloxacin 6mg/ml; ciprofloxacin 3mg/ml; gatifloxacin 3mg/ml; levofloxacin 15 mg/ml; moxifloxacin 5mg/ml; ofloxacin 3 mg/ml, tümü bu konsantrasyonlarda ticari olarak bulunmaktadır.

‡ Dirençli Enterokok ve Stafilokok türleri ve penisilin allerjisi. Vancomycine ve basitrasin gram-negatif aktiviteye sahip değildirler ve bakteriyel keratitin ampirik tedavisinde tek ilaç olarak kullanılmamalıdır.

§ Gonokok enfeksiyonundan şüphelenildiğinde sistemik tedavi gereklidir

// Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001;132:819-30.

Blefarit (İlk ve Takip Değerlendirmesi)

İlk Muayenede Anamnez

- Oküler semptom ve bulgular (örn: kırmızılık, iritasyon, yanma, sulanma, kaşıntı, kirpik diplerinde kabuklanma, gözkapaklarının yapışması, kontak lens intoleransı, fotofobi, artmış göz kırpması sıklığı) (III, GQ, SR)
- Gün içinde şikayetlerin daha kötü olduğu zaman
- Şikayetlerin süresi
- Tek veya iki taraflı tutulum
- Arttıran durumlar (örn, duman, allerjen, rüzgar, kontak lens, düşük nem, retinoidler, diet ve alkol tüketimi, göz makyajı)
- Sistemik hastalılarla ilişkili şikayetler (örn., rozesea, allerji) (III, IQ, DR)
- Halen devam eden veya önceki sistemik veya topikal ilaç kullanımı (örn., antihistaminikler veya antikolinerjik etkili ilaçlar, veya geçmişte kullanılan oküler yüzeye etkili olabilecek ilaçlar [örn. isotretinoin]) (III, GQ, SR)
- Enfekte bir kişi ile yakın zamanda karşılaşmış olmak (örn., pedikulozis palpebrarum [Pthirus pubis])
- Oküler özgeçmiş (örn., geçirilmiş göziçi veya göz kapağı cerrahisi, mekanik, termal, kimyasal veya radyasyonu içeren lokal travma, kozmetik blefaroplasti öyküsü, şalazyon ve/veya arpacık öyküsü) (III, GQ, SR)

İlk Fizik Muayene

- Görme keskinliği (III, GQ, SR)
- Dış muayene
 - Cilt (III, GQ, SR)
 - Gözkapakları (III, GQ, SR)
- Biyomikroskopi
 - Gözyaşı filmi (III, GQ, SR)
 - Ön kapak kenarı (III, GQ, SR)
 - Kirpikler (III, GQ, SR)
 - Arka kapak kenarı (III, GQ, SR)
 - Tarsal konjonktiva (kapak çevrilerek) (III, GQ, SR)
 - Bulbar konjonktiva (III, GQ, SR)
 - Kornea (III, GQ, SR)

Teşhise Yönelik Testler

- Şiddetli enflamasyonla birlikte tekrarlayan ön blefariti olan ve tedaviye cevap vermeyen hastalarda kültür endikasyonu olabilir. (III, IQ, DR)

- Belirgin asimetrisi olan, tedaviye dirençli olan veya tedaviye cevap vermeyen tek odaklı, tekrarlayan şalazyonu olan olgularda karsinom ihtimalini ekarte etmek için kapak biyopsisi endikasyonu olabilir. (III, IQ, DR)
- Sebace bez karsinomu şüphesi olduğunda biyopsi almadan önce patoloğ ile konsülte edilmelidir. (III, GQ, SR)

Bakım Yönetimi

- Blefariti olan hastalar, ilk olarak sıcak kompres ve kapak hijyeni ile tedavi edilmelidir. (III, IQ, DR)
- Basitrasin veya eritromisin gibi topikal antibiyotik bir hafta veya daha fazla süre ile, gözkapaklarına günde bir veya daha fazla, veya gece verilebilir. (III, IQ, DR)
- Meibomian bez disfonksiyonu olan, kronik belirti ve bulguları göz kapağı hijyeni ile yeterli düzeyde kontrol edilemeyen hastalarda, oral tetrasiklin ve topikal antibiyotikler verilebilir. (I-, MQ, DR)
- Göz kapağı ve oküler yüzey enflamasyonu için kısa süreli topikal kortikosteroid uygulaması yardımcı olabilir. Kortikosteroidlerin minimum etkin dozu kullanılmalıdır ve mümkün olduğunca uzun süreli kortikosteroid tedavisinden kaçınılmalıdır. (III, GQ, SR)

Takip Değerlendirmesi

- Kontrol muayeneleri aşağıdakileri içermelidir:
 - Ara hikaye (III, GQ, SR)
 - Görme keskinliği ölçümü (III, GQ, SR)
 - Dış muayene (III, GQ, SR)
 - Biyomikroskopi (III, GQ, SR)
- Eğer kortikosteroid tedavisi verilmişse birkaç hafta içinde tedaviye cevap, göziçi basınç ölçümü ve tedaviye uyum açısından hasta tekrar değerlendirilmelidir. (III, GQ, SR)

Hasta Eğitimi

- Hastalığın kronik süreci ve tekrarlaması hakkında hasta bilgilendirilir. (III, GQ, SR)
- Semptomların sıklıkla iyileşeceği ancak nadiren tümü ile ortadan kalkacağı hastaya söylenmelidir. (III, GQ, SR)
- Enflamatuvar kapak lezyonu malignensi için şüpheli görünen hastalar konu ile ilgili uzman hekime yönlendirilmelidir. (III, GQ, SR)

Konjonktivit (İlk Muayene)

İlk Muayenede Anamnez

- Oküler belirti ve bulgular (örn., kaşıntı, çapak, iritasyon, ağrı, fotofobi, bulanık görme)
- Şikayetlerin süresi ve süreci
- Arttıran faktörler
- Tek veya iki taraflı başlangıç
- Çapağın karakteri
- Yakın zamanda enfekte kişi ile temas
- Travma (mekanik, kimyasal, ultraviyole)
- Mukus yakalama
- Kontak lens kullanımı (lens tipi, hijyen ve kullanım rejimi)
- Sistemik hastalıklarla ilgili olabilecek belirti ve bulgular (örn., genitoüriner akıntı, dizüri, disfaji, üst solunum yolu enfeksiyonu, cilt ve mukoza lezyonu)
- Allerji, astım, ekzema
- Topikal veya sistemik ilaç kullanımı
- Oküler hikaye (örn., daha önce geçirilmiş konjonktivit atağı ve geçirilmiş oküler cerrahi)
- Bozulmuş bağışıklık sistemi
- Devam eden veya önceki sistemik hastalıklar
- Sosyal hikaye (örn., sigara içme, meslek ve hobiler, seyahat ve seksüel aktivite)

İlk Fizik Muayene

- Görme keskinliği (III, IQ, DR)
- Dış muayene (III, IQ, DR)
 - Cilt (rozesea bulguları, ekzema, seborrhea) (III, IQ, DR)
 - Kapak ve adnekslerinin bozukluğu (şişme, renk değişikliği, malpozisyon, gevşeklik, ülserasyon, nodül, ekimoz, neoplazi) (III, IQ, DR)
 - Konjonktiva (kızarıklığın şekli, subkonjonktival hemoraji, kemozis, sikatrissel değişiklikler, semblefaron, kitle, çapak) (III, IQ, DR)
- Biyomikroskopi (III, IQ, DR)
 - Gözkapağı kenarları (enflamasyon, ülserasyon, çapak, nodül veya vezikül, kanlı debri, keratinizasyon) (III, IQ, DR)

- Kirpikler (kirpik kaybı, kabuklanma, bit, bit yavrusu, kepek, trikiazis) (III, IQ, DR)
- Lakrimal punktum ve kanaliküller (salgı, çapak) (III, IQ, DR)
- Tarsal ve forniks konjonktivasi (III, IQ, DR)
- Bulbar konjonktiva/limbus (folliküller, ödem, nodüller, kemozis, gevşeklik, papilla, ülserasyon, nedbe dokusu, filektenül, kanama, yabancı cisim, keratinizasyon) (III, IQ, DR)
- Kornea (III, IQ, DR)
- Ön kamara/iris (enflamasyon, sineşi, transiluminasyon defekti) (III, IQ, DR)
- Boya alma paterni (konjonktiva ve kornea) (III, IQ, DR)

Teşhise Yönelik Testler

- Şüpheli enfeksiyöz neonatal konjonktivitinde kültür, sitoloji için sürüntü ve özel boyalar endikedir. (II-, IQ, DR)
- Şüpheli gonokokkal konjonktivitinde sitoloji için sürüntü ve özel boyalar tavsiye edilir. (II-, IQ, DR)
- Erişkin ve yenidoğan klamidyal konjonktivitinde immünoyagnostik testler ve/veya kültür ile tanı kesinleştirilir.
- Aktif enflamasyonu olan bir gözde, oküler mukus pemfigoid membranından şüphelenildiğinde, bulber konjonktiva biyopsisi ve limbusa komşu etkilenmemiş bölgeden örnek alınmalıdır. (II-, IQ, DR)
- Sebase karsinom şüphesi olan olgularda tam kat kapak biyopsisi endikedir. (III, IQ, DR)
- Bazı konjonktivit formlarında konfokal mikroskopi yardımcı olabilir (örn., atopik, SLK). (II-, MQ, DR)
- Bilinen tiroid hastalığı olmayan SLK hastalarında tiroid fonksiyon testleri istenmelidir. (III, IQ, DR)

Konjonktivit (Bakım Önerileri)

Bakım Yönetimi

- Antibiyotikler toksisiteye neden olabileceğinden ve kortikosteroidlerde adenoviral enfeksiyonu uzatma ve herpes simplex virüs enfeksiyonunu kötüleştirme potansiyeline sahip olduklarından gelişigüzel topikal antibiyotik veya kortikosteroid kullanımından kaçınılmalıdır (III, GQ, SR)
- Hafif allerjik konjonktivit, reçetesiz satılan antihistaminik/vazokonstriktör ilaçlar veya ikinci kuşak topikal histamine H1 reseptör antagonistleri ile tedavi edilir. Eğer durum sık tekrarlıyorsa veya devam ediyorsa mast hücre stabilizörü verilir (I++, GQ, SR)
- Kontak lens ile ilişkili keratokonjonktivitte, kontak lens kullanımı 2 hafta veya daha fazla süre ile bırakılır (III, IQ, DR)
- Kortikosteroid endikasyonu varsa, hastanın cevabına ve toleransına göre en düşük potansiyelde ve sıklıkta reçete edilir (III, IQ, DR)
- Kortikosteroidler kullanılacaksa, temel ve periyodik GİB ölçümü ve pupil dilatasyonu yapılmalıdır (III, IQ, DR)
- Neisseria gonorrhoeae veya Chlamydia trachomatis konjonktiviti için sistemik antibiyotik kullanılır (III, IQ, DR)
- Konjonktivit cinsel temasla bulaşan hastalıklarla ilişkili olduğunda rekürensi ve hastalığın yayılımını azaltmak için cinsel eşte tedavi edilir ve hasta ve cinsel eşleri uygun medikal uzmana yönlendirilir (III, GQ, SR)
- Sistemik hastalık bulguları olan hastalar uygun uzman hekime yönlendirilir. (III, GQ, SR)

Takip Değerlendirmesi

- Takip muayeneleri aşağıdakileri içermelidir
 - Ara hikaye (III, IQ, DR)
 - Görme keskinliği (III, IQ, DR)
 - Biyomikroskop (III, IQ, DR)
- Eğer kortikosteroidler kullanılıyorsa, periyodik olarak göziçi basınç ölçümü ve katarakt ve glokom gelişimi için pupil dilatasyonu yapılmalıdır (III, IQ, DR)

Hasta Eğitimi

- Toplumda hastalığın yayılmasını azaltmak ve engellemek için bulaşıcı tipte olan hastalar (III, IQ, DR)
- Topikal kortikosteroidler ile kısa dönem tedavi tekrarı gerekebilecek hastalar kortikosteroid kullanımının muhtemel komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmelidir
- Allerjik konjonktiviti olan hastalara sık çamaşır yıkanmasının ve yatmadan önce banyo/duş alınmasının faydalı olabileceği tavsiye edilmelidir (III, IQ, DR)

Korneal Ektazi (İlk ve Takip Değerlendirmesi)

İlk Muayenede Anamnez

- Hastalığın başlangıcı ve seyri
- Görme bozukluğu
- Oküler, medikal ve aile hikayesi

İlk Fizik Muayene

- Görme fonksiyonu değerlendirmesi
- Dış muayene
 - Korneanın öne doğru çıkıntısı (protrusion)
 - Kapaklar ve göz çevresi cildi
- Biyomikroskopi
 - Kornea incelmesinin veya öne doğru bombeleşmesinin varlığı, derecesi ve yeri
 - Daha önce geçirilmiş oküler cerrahi belirtisi
 - Vogt stria, belirgin kornea sinirleri, Fleischer halkası veya diğer demir birikintisi varlığı,
 - Kornea skar dokusu veya geçirilmiş hidrops bulgusu, ve belirgin kornea siniri varlığı
- GİB ölçümü (III, IQ, DR)
- Fundus muayenesi: koyu alan için kırmızı refleks değerlendirilmesi, ve tapetoretinal dejenerasyonlar için retina değerlendirmesi (III, IQ, DR)

Teşhise Yönelik Testler

- Keratometri (II+, MQ, DR)
- Kornea topografisi (II-, MQ, SR)
- Topografik güç haritası
- Topografik elevasyon haritası (II+, MQ, DR)
- Korneal pakimetri (II++, GQ, SR)

Bakım Yönetimi

- Tedavi, görme bozukluğu ve tedavi seçenek(ler)ine bağlı olarak hastaya göre belirlenmelidir.
- Görme, gözlüklerle düzeltilebilir ancak keratokonus ilerledikçe kontak lensler gerekebilir.
- Sert gaz geçirgen kontak lensler kornea düzensizliklerini maskeleyebilir. Yeni hibrid kontak lensler daha yüksek oksijen geçirgenliği ve daha fazla RGP/hidrojel bileşke gücü sağlayabilirler. Korneada skar veya santralde yerleşim göstermeyen kon olan olgularda piggyback kontak lensler uygulanabilir. RGP ve/veya hibrid kontak lensler başarılı olmadığında skleral lensler endike olabilir.
- Korneal ektazisi, saydam korneası ve kontak lens intoleransı olan hastada intrastromal kornea halka segmenti implantasyonu, kontak lens toleransını ve en iyi düzeltilmiş görme keskinliğini arttırabilir. (II-, MQ, DR)

- Kolajen çapraz bağlama (cross-linking) lifler arasındaki bağları arttırarak kornea rijiditesini düzeltebilir.
- Belirgin skarlaşma veya hidrops olmayan ilerleyici keratokonusda DALK tekniği kullanılarak yapılan lameller keratoplasti düşünülebilir. (II++, MQ, DR) Kornea periferinde maksimal incelmeye olduğunda kresentik lameller keratoplasti bir seçenektir. (III, IQ, DR)
- Periferik incelmeye ve ektazi, tektonik destek için standart desantralize lameller girişimin ardından daha sonra santral penetran keratoplasti ile tedavi edilebilir. (III, IQ, DR)
- Hasta gözlük veya kontak lens ile fonksiyonel görme elde edemiyorsa veya hidrops sonrası kalıcı kornea ödemi oluşmuşsa penetran keratoplasti endikasyonu vardır. (III, IQ, DR) Dezme soyucu endotelial keratoplasti ektatik bozuklukları düzeltmez. (III, IQ, DR)
- Derin stromal skar olan olgularda DALK yerine penetran keratoplasti tercih edilir. (III, IQ, DR)
- Ektazi korneanın çok periferinde olduğunda tektonik destek için lameller greft yapılabilir. (III, IQ, DR)

Takip Değerlendirmesi

- Takip değerlendirilmesi ve kontrol sıklığı, tedavinin ve hastalığın ilerlemesi ile belirlenir. (III, IQ, DR)
- Görme fonksiyonunda belirgin değişiklik olmadığı takdirde ektazi olgularında yıllık takip önerilir. (III, IQ, DR)
- Hastalar red reaksiyonunun uyarıcı bulguları ile ilgili bilgilendirilmelidir ve şikayetler ortaya çıktığında hemen tıbbi müdahaleye başvurulmalıdır. (III, GQ, SR) Pratisyen hekim epitelyal, stromal ve endotelial red reaksiyonunun biyomikroskopik bulgularının farkında olmalıdır. (III, GQ, SR)

Konsültasyon ve Sevk

- Gözlük ve/veya kontak lens ile yapılan medikal tedavi görme fonksiyonunu arttırmadığında kornea ektazilerinin cerrahi tedavileri konusunda eğitim görmüş bir göz doktoruna sevk endikasyonu vardır. (III, GQ, SR)
- Allerji ve atopi hikayesi olan hastaların dermatolog veya allerji doktoruna sevk gerekebilir. (III, GQ, SR)
- Gevşek gözkapığı olan hastalar okuloplastik doktoru tarafından en iyi şekilde tedavi edilebilir ve diğer uzmanlara da sevk gerekebilir. (III, GQ, SR)

Kornea Ödemi ve Opasifikasyonu (İlk Değerlendirme)

İlk Muayenede Anamnez

- Semptomlar: bulanık veya değişken görme; fotofobi; kızarıklık; sulanma; aralıklarla olan yabancı cisim hissi; ağrı
- Başlangıç yaşı
- Başlangıç hızı
- Süreklilik
- Tek veya iki taraflı tutulum
- Düzeltici faktörler, çevresel faktörlerle ilişkili görmede düzelme
- Oküler ve sistemik özgeçmiş
- Topikal ve sistemik ilaçlar
- Travma
- Kontak lens kullanımı
- Aile ve sosyal hikaye

İlk Fizik Muayene

- Görme fonksiyonu değerlendirmesi
- Dış muayene
 - Proptozis, ptozis, lagofthalmus veya gevşek gözkapığı sendromu bulguları
 - Kapak veya yüz asimetrisi, skar dokusu ve fonksiyon bozukluğu
- Biyomikroskopi (III, IQ, DR)
 - Tek veya iki taraflı bulgular
 - Yaygın veya lokalize ödem
 - Primer olarak epitelyal veya stromal ödem

- Epitel defekti, stromal infiltrasyon, epitel ingrowth, stria, odaksal kalınlaşma, incelme, skar, arayüzey bulanıklık, stria veya enflamasyon veya stromal vaskülarizasyon
- Guttae bulgusu, Desme membran yırtığı veya dekolmanı, endotelyal vezikül, keratik presipitatlar (KP), pigment periferik ön sineşi
- Alıcı veya döner doku tutulumu
- Sektorel kornea ödemi ve KP bulgusu, veya ön kamera reaksiyonu
- Pupil ve irisin pozisyonu, şekli ve durumu
- Vitreus bandı veya pigment dağılımı bulgusu
- Lensin pozisyonu ve durumu
- GİB ölçümü
- Fundus muayenesi
- Gonyoskopi

Teşhise Yönelik Testler

- Potansiyel görme keskinliği ölçümü
- Sert kontak lens ile fazla düzeltme
- Pakimetri (III, IQ, DR)
- Scheimpflug görüntüleme
- Speküler ve konfokal mikroskopi (III, IQ, DR)
- Ön segment optik koherens tomografisi (III, IQ, DR)
- Ultrason biyomikroskop

Kornea Ödemi ve Opasifikasyonu (Bakım Önerileri)

Bakım Yönetimi

- Tedavinin amacı kornea ödemi veya opasitenin nedenini kontrol altına almak ve görme keskinliği ve rahatı artırarak hastanın yaşam kalitesini iyileştirmektir.
- Tedavi tıbbi olarak başlar ancak cerrahi gerekebilir
- Kornea ödemi: tıbbi tedavi
 - Artmış GİB'nın düşürülmesi faydalıdır
 - Endotelyal disfonksiyondan şüphe edildiğinde topikal karbonik anhidraz inhibitörleri ilk tedavi seçeneği olmamalıdır (II, IQ, DR).
 - Enfeksiyon olmadığından emin olduğunda topikal kortikosteroidler enflamasyonu kontrol edebilir (III, GQ, SR).
 - Mikrokistik veya büllöz epitelyal hastalık rahatsızlığa veya ağrıya neden olabileceğinden bandaj kontak lens takmak gerekebilir (III, GQ, SR). Uzun dönem kullanım için periyodik lens değiştirme önerilir (III, IQ, DR).
- Kornea ödemi: cerrahi tedavi
 - Kornea ödemi ve devamlı rahatsızlığı olan ancak kısıtlı veya hiç görme potansiyeli olmayan hastalar aşağıdaki işlemler için genellikle daha uygun adaylardır
 - Fototörpetik keratektomi (III, IQ, DR).
 - Gunderson konjonktiva flepi (III, IQ, DR).
 - Kornea transplantasyonu
 - Endotelyal keratoplasti
 - Penetran keratoplasti (III, GQ, SR).
- Kornea opasifikasyonu: medikal tedavi
 - Kornea opasitesi tedavisi iki aşamaya bölünebilir: a) başlatan, temel nedenin tedavisi (örn., enfeksiyon, travma) ve b) sonuçta gelişen problemlerin tedavisi (örn., yüzey erozyonu ve düzensizlik, skar, incelleme ve vaskülarizasyon)
 - Konvansiyonel tedavi sekonder bakteriyel enfeksiyona karşı antibiyotik damla ve pomadları içerir (III, IQ, DR).
 - Göz kırpmaya veya kapak kapama yeterli değilse, geçici yapıştırıcı, sütür tarsorafi, veya kapak atelleri yardımcı olabilir (III, IQ, DR).
 - Gecikmiş iyileşmede bandaj kontak lensler faydalı olabilir (III, GQ, SR).
 - Yüzey düzensizliği bir faktör olduğunda sert gaz geçirgen lensler – veya hibrid veya daha fazla stabilite istendiğinde skleral lens – görmeyi arttıracaktır; böyle lensler daha invaziv girişimlere gereksinimi ortadan kaldıracaktır (III, IQ, DR).

- Kornea opasifikasyonu: cerrahi tedavi
 - Kornea opasitelerinin tedavisinde cerrahi planlama etkilenen doku tabaka(ları)na bağlıdır:
 - Bowman tabakasının önündeki lezyonlarda epitel debridmanı faydalıdır (III, IQ, DR).
 - Etilendiaminetetraasetik asid (EDTA) kalsifik bant keratopatinin kaldırılmasında kullanılabilir (III, IQ, DR).
 - Tekrarlama riski olan olgularda subepitelyal, Bowman tabakası ve ön stromal skar dokusu için Mitomycin-C faydalı olabilir (III, IQ, DR)..
 - Kozmetik olarak kabul edilmeyen kornea lökomlarında kornea dövmesi maskeleyebilir.
 - Bowman tabakasının ötesine ön ve orta-stromaya geçen ön kornea lezyonları yüzeysel keratektomi, lameller veya penetran keratoplasti ve keratoprotez gibi daha ileri tedavi gerektirebilir (III, GQ, SR).

Takip Değerlendirmesi

- Kornea ödemi tedavisinde endotel disfonksiyonunu gözlemlemek için takip gereklidir.
- Kornea opasifikasyonunun tedavisinde, kornea saydamlığı ve yüzey düzensizliğini gözlemlemek için takip gereklidir (III, GQ, SR).
- Eşlik eden problemler, özellikle göziçi enflamasyonu ve GİB düzenli değerlendirme gerektirir (III, GQ, SR).

Konsültasyon ve sevk

- Ödem veya opasitenin nedenlerinin ve farklı tedavi seçeneklerinin detaylı tartışılması çok önemlidir (III, GQ, SR).
- Gelişmiş tanı veya medikal tedavi yaklaşımları gerektiğinde (örn., tedavi eden hekimin eğitimini aşan olgularda) kornea uzmanına sevk önerilir (III, GQ, SR). Retina, glokom veya pediatrik oftalmoloji uzmanlarına sevk de gerekebilir (III, GQ, SR). Durum düzeldiğinde veya stabil olduğunda genel oftalmologa geri sevk edilmesi uygun olacaktır. (III, GQ, SR).
- Hastalık süreci veya tedavi karmaşık olduğunda, uygun beklentileri karşılamak ve karar vermede onam alarak hastayı bilgilendirmek için her türlü çaba gösterilmelidir (III, GQ, SR).

Kuru Göz Sendromu (İlk Değerlendirme)

İlk Muayenede Anamnez

- Oküler semptomlar ve bulgular (örn., iritasyon, sulanma, yanma, batma, kuru veya yabancı cisim hissi, hafif kaşıntı, fotofobi, bulanık görme, kontak lens intoleransı, kızarıklık, mukus çapak, artmış kırpm sıklığı, göz yorgunluğu, diurnal değişiklik, şikayetlerin gün içinde daha artması) (III, GQ, SR)
- Şikayetleri arttırıcı durumlar (örn., rüzgar, uçak yolculuğu, azalmış nem, okuma ve bilgisayar kullanımı ile azalmış göz kırpm ile ilişkili uzamış görsel çaba) (III, GQ, SR)
- Şikayetlerin süresi (III, GQ, SR)
- Aşağıdakileri içeren oküler hikaye,
 - Topikal ilaç kullanımı ve bunların şikayetler üzerine etkisi (A:III) (örn., suni gözyaşı, göz yıkama, antihistaminikler, glokom ilaçları, vazokonstriktörler, kortikosteroidler, bitkisel veya alternatif tıp ilaçları) (III, GQ, SR)
 - Kontak lens kullanımı, programı ve bakımı
 - Allerjik konjonktivit (III, GQ, SR)
 - Oküler cerrahi hikayesi (örn., daha önceki keratoplasti, katarakt cerrahisi, keratorefraktif cerrahi) (III, GQ, SR)
 - Oküler yüzey hastalıkları (örn., herpes simpleks virüsü, varisella zoster virüsü, oküler mukus membran pemfigoid, Steven Johnson sendromu, aniridi, graft-versus host hastalığı) (III, GQ, SR)
 - Puntum cerrahisi (III, GQ, SR)
 - Gözkapağı cerrahisi (örn., geçirilmiş pitoz onarımı, blefaroplasti, entropiyon/ektropiyon cerrahisi) (III, GQ, SR)
 - Bell palzi (III, GQ, SR)
- Aşağıdakileri içeren medikal özgeçmiş,
 - Sigara veya sigara dumanına maruz kalma (II+, GQ, SR)
 - Dermatolojik hastalıklar (A:III) (örn., rozesae, psoriasis) (II++, GQ, SR)
 - Gözkapağı ve kirpik hijyenini içerecek şekilde yüz yıkama sıklığı ve tekniği (II++, GQ, SR)
 - Atopi (II++, GQ, SR)
 - Menapoz (II++, GQ, SR)
 - Sistemik enflamatuvar hastalıklar (örn., Sjögren sendromu, greft-versus-host hastalığı, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozis, skleroderma) (II++, GQ, SR)
 - Diğer sistemik durumlar (örn., lenfoma, sarkoidoz) (II++, GQ, SR)
 - Sistemik ilaçlar (örn., antihistaminikler, diüretikler, hormonlar ve hormon antagonistleri, antidepresanlar, kardiyak antiaritmik ilaçlar, isoretinoin, difenoksilat/atropin, beta-adrenerjik antagonistler, kemoterapi ilaçları, ve diğer antikolinergik etkili ilaçlar) (II++, GQ, SR)
 - Travma (örn., mekanik, kimyasal, termal) (II++, GQ, SR)
 - Kronik viral enfeksiyonlar (örn., hepatit C, insan immün yetmezlik virüsü) (II++, GQ, SR)

- Göz dışı cerrahiler (örn., kemik iliği transplantı, baş ve boyun cerrahisi, trigeminal nevralji cerrahisi) (II++, GQ, SR)
- Orbita radyasyonu (II++, GQ, SR)
- Nörolojik durumlar (örn., Parkinson hastalığı, Bell's felci, Riley-Day sendromu, trigeminal nevralji) (II++, GQ, SR)
- Ağız kuruluğu, diş çürüğü, oral ülserler (II++, GQ, SR)
- Yorgunluk (II++, GQ, SR)
- Eklem ağrısı, kas ağrısı (II++, GQ, SR)

İlk Fizik Muayene

- Görme keskinliği
- Dış muayene
 - Cilt (örn., skleroderma, rozesae ile uyumlu yüzde değişiklikler, sebore)
 - Göz kapakları (tam kapanma/pozisyon bozukluğu, tam olmayan veya seyrek kırpm, gözkapağı açıklığı, gözkapağı kenarlarında eritem, anormal birikinti veya sekresyon, entropiyon, ektropiyon)
 - Adneksler (lakrimal bezlerin büyümesi)
 - Propitoz
 - Kranyal sinir fonksiyonu (örn., V. kranyal sinir [trigeminal], VII. kranyal sinir [fasyal])
 - Eller (romatoid artrite özgü eklem deformiteleri, Raynaud fenomeni, tırnaklar altında kıymık kanamalar)
- Biyomikroskopi
 - Gözyaşı filmi (menisküs yüksekliği, birikinti, artmış viskozite, mukus iplikçikler, ve köpük kırılma zamanı ve paterni)
 - Kirpikler (trikiazis, distikiazis, madarozis, birikintiler)
 - Ön ve arka gözkapağı kenarı (meibomian bez bozukluklar [örn., orifis metaplazisi, artmış meibum, atrofi], meibomian bez sekresyon özellikleri [örn., bulanık, yoğun, köpüklü, yetersiz], mukokütanöz bileşkeyi geçen vaskülarizasyon, keratinizasyon, skar dokusu)
 - Punktumlar (açıklığı, poizsyon, varlığı ve tıkaçların pozisyonu)
 - Alt forniks ve tarsal konjonktiva (örn., mukus iplikler, skar dokusu, eritem, papilla reaksiyonu, follikül büyümesi, keratinizasyon, kapaklarda kısılma, semblefaron)
 - Bulber konjonktiva (örn., rose bengal, lissam, ne yeşil, veya flöresein boyalar ile boyandığında noktasal boyanma; hiperemi; lokalize kuruluk; keratinizasyon, kemozis, şalozis, folikül)
 - Kornea (lokalize interpalpebral kuruma, punktate epitelyal erozyonlar, rose bengal veya flöresein boyalar ile punktate boyanma, epitelyal defekt, bazal membran düzensizliği, mukus plaklar, keratinizasyon, pannus oluşumu, incelme, infiltratlar, ulserasyon, skarlaşma, neovaskülarizasyon, kornea veya refraktif cerrahi izi)

Kuru Göz Sendromu (Bakım Önerileri)

Bakım Yönetimi

- Kuru göz şikayetleri olan hastalarda sıklıkla eşlik eden faktörler olduğundan tedavi gerektiren etken faktörleri tedavi et.
- Tedavilerin sırası ve kombinasyonu hastanın ihtiyaçları ve tercihlerine ve tedavi eden göz doktorunun tıbbi değerlendirmesine göre belirlenir (III, GQ, SR)
- Hafif kuru göz için, aşağıdaki öneriler uygundur:
 - Eğitim ve çevresel değişiklikler (II++, GQ, SR)
 - Neden olabilecek topikal ve sistemik ilaçların kesilmesi (III, IQ, DR)
 - Suni gözyaşı, jel/pomad kullanarak aközün artırılması (III, IQ, DR)
 - Gözkapağı tedavisi (ılık pansuman ve gözkapağı hijyeni) (III, IQ, DR)
 - Blefarit veya meibomianitis gibi eşlik eden oküler faktörlerin tedavisi (II++, GQ, DR)
 - Gözkapağı bozukluklarının düzeltilmesi (II++, MQ, DR)
- Orta dereceli kuru göz için, yukarıdaki tedavilere ek olarak, aşağıdaki öneriler uygundur:
 - Anti-inflamatuar ilaçlar (topikal siklosporin ve kortikosteroidler, sistemik omega-3 yağ asidi desteği)
 - Puntum tıkaçları (I++, GQ, SR)
 - Gözlük kenarı kapaması ve nem odacığı (III, GQ, SR)
- Şiddetli kuru göz için yukarıdaki tedavilere ek olarak, aşağıdaki öneriler uygundur:

- Sistemik kolinerjik agonistler
- Sistemik anti-inflamatuar ilaçlar
- Mukolitik ilaçlar (III, IQ, DR)
- Otolog serum
- Kontak lensler
- Gözkapağı bozukluklarının düzeltilmesi
- Kalıcı puntum tıkaçı (III, IQ, DR)
- Tarsorafi (III, IQ, DR)
- Kortikosteroid verilen hastalar artmış göziçi basıncı, korneal erime ve katarakt oluşumu gibi yan etkiler açısından takip edilmelidir. (III, GQ, SR)

Hasta Eğitimi

- Kuru gözün kronik seyri ve doğal hikayesi hakkında hastayı bilgilendir (III, GQ, SR)
- Tedavi yöntemleri için özel bilgiler sağla (III, GQ, SR)
- Hastanın uyumu ve hastalığı anlaması, eşlik eden yapısal değişiklikler için riskler, ve etkili tedavi ve gerçekçi beklentiler için belirli aralıklarla hastayı değerlendir ve eğitimi vurgula (III, GQ, SR)
- Sistemik hastalık bulguları olan hastaları uygun uzman hekime yönlendir. (III, GQ, SR)
- Daha önceden kuru gözü olan hastaları keratorefraktif cerrahinin, özellikle de LASİK'in kuru göz durumunu daha da kötüleştirebileceği konusunda uyar. (III, GQ, SR)



Özet Karşılaştırmalı Değerlendirmeler Çeviri Feragatnamesi

Bu yayın, Amerikan Oftalmoloji Akademisi (AAO), Karşılaştırmalı Değerlendirmeler Özeti başlıklı yayının çevirisidir. Bu çeviri, Amerika Birleşik Devletleri'nde Akademi tarafından original basım tarihindeki güncel uygulamaları yansıtmaktadır, ve ulusal uygulamaları yansıtan bazı farklılıkları içerebilir. Bu yayında kullanılan dile Amerikan Oftalmoloji Akademisi çevirmemiştir ve çeviriden kaynaklanabilecek uygulamaları, hataları, atlamaları veya diğer muhtemel hatalardan dolayı sorumluluk kabul etmemektedir. Akademi, bu materyali sadece eğitim amaçlı sağlamaktadır. Her olgu için en iyi veya tek metod ya da girişim gösterme veya doktorun kendi değerlendirme ya da olgu tedavisi için özgün tavsiye vermesinin yerine geçmesi amaçlanmamaktadır.

Tüm endikasyonları, kontraendikasyonları, yan etkileri ve her ilaç veya tedavi için alternatif ajanları içermek bu materyalin kapsamı dışındadır. Her bilgi ve öneri, kullanım öncesi üretici paketi içindeki güncel bilgilerle veya bağımsız kaynaklardan doğrulanmalıdır ve hastanın durumu ve hikayesi eşliğinde değerlendirilmelidir. Akademi, ihmalden veya diğer durumlardan olabilecek herhangi bir veya tüm zarar veya hasardan, burada bahsi geçen diğer bilgi ve tavsiyelerin kullanımından ortaya çıkabilecek herhangi bir veya tüm iddialardan özellikle sorumluluk kabul etmemektedir.

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.