



ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

مقدمة :

فيما يلي ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل لدى الأكاديمية الأميركية لطب العيون. تمت كتابة سلسلة دليل نموذج الممارسة المفضل اعتماداً على ثلاثة مبادئ:

- يجب أن يكون كل نموذج وثيق الصلة بالناحية السريرية، كما يجب أن يكون محدداً بما يكفي ليزود الممارسين بمعلومات مفيدة.
- يجب إعطاء كل توصية تصنيفاً صريحاً يظهر أهميتها في عملية العناية بالمرضى.
- يجب إعطاء كل توصية تصنيفاً صريحاً يظهر قوة الدليل الذي يدعم هذه التوصية، ويعكس أفضل الأدلة المتوفرة.

تمثل نماذج الممارسة المفضلة مرشداً لأسلوب الممارسة، ولا تنطبق على العناية بأفراد محددين. وبينما يجب أن تلبي احتياجات معظم المرضى، فإنها لا يمكن أن تلبي احتياجات جميع المرضى بشكل كامل. إن الالتزام الكامل بهذه النماذج المفضلة في الممارسة قد لا يضمن نجاح النتائج في كل الحالات. ولا يمكن اعتبار هذه النماذج شاملة لكل أساليب العناية المناسبة، أو أنها تستبعد أساليب أخرى في العناية موجهة للحصول على أفضل النتائج. قد يكون من الضروري مقارنة الاحتياجات المختلفة للمرضى بطرائق مختلفة. يجب أن يقوم الطبيب بالحكم النهائي حول مدى ملاءمة أسلوب العناية لمرضى معين على ضوء كل الظروف الخاصة بذلك المريض. إن الأكاديمية الأميركية لطب العيون موجودة دوماً لمساعدة الأعضاء في معالجة الإشكاليات الأخلاقية التي قد تظهر في مجال الممارسة العينية.

إن المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل® ليست معايير طبية مطلقة تنطبق على كل الحالات. إن الأكاديمية تتنصل بشكل خاص من أي أو كل المسؤوليات الناجمة عن 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 هذا الملخص.

تم تلخيص التوصيات المتعلقة بعملية العناية والتي تتضمن القصة المرضية، والفحص الفيزيائي والفحوص المتممة لكل من الأمراض الرئيسية، إضافة للتوصيات الرئيسية في تدبير العناية والمتابعة، وتوعية وتعليم المريض. يواكب كلاً من المعالم الرئيسية إجراء بحث تفصيلي للمقالات الطبية في Pubmed ومكتبة Cochrane باللغة الإنكليزية. تتم مراجعة النتائج من قبل

هيئة خبراء تقوم باستعمالها لوضع التوصيات، والتي تقدم بعدها بتصنيف يظهر قوة الدليل عند وجود الدليل الكافي.

لتقييم الدراسات المفردة، يستخدم مقياس يعتمد على Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). تكون التعاريف ومستويات الدليل لتقييم الدراسات المفردة كما يلي:

- meta-analyses :I++ أو مراجعات منهجية للتجارب العشوائية ذات الشاهد (RCT)* عالية الجودة، أو RCT مع خطر انحياز* منخفض جداً.
- meta-analyses :I+ أو مراجعات منهجية لـ RCT مجراة بشكل جيد، أو RCT مع خطر انحياز* منخفض.
- meta-analyses :I- أو مراجعات منهجية لـ RCT، أو RCT مع خطر انحياز* عالي.
- II++ : مراجعات منهجية عالية الجودة لدراسات حالة-شاهد* أو حشدية*، دراسات حالة-شاهد أو حشدية عالية الجودة مع خطر التباس أو انحياز منخفض جداً واحتمالية عالية أن تكون العلاقة سببية
- II+ : دراسات حالة-شاهد أو حشدية مجراة بشكل جيد، مع خطر التباس أو انحياز منخفض واحتمالية متوسطة أن تكون العلاقة سببية
- II- : دراسات حالة-شاهد أو حشدية مع خطر التباس أو انحياز عالي وخطر هام أن تكون العلاقة غير سببية
- III : دراسات غير تحليلية (مثل تقرير الحالة*)، سلسلة الحالات (*)

تم وضع توصيات العناية اعتماداً على شكل الدليل. يتم تصنيف جودة شكل الدليل من قبل Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) كما يلي:

- نوعية جيدة GQ: من المستبعد جداً أن يغير بحث إضافي من ثقتنا في تقدير التأثير.
- نوعية معتدلة MQ: من المحتمل أن يملك بحث إضافي أثراً مهماً على ثقتنا في تقدير التأثير وقد يغير التقدير.
- نوعية غير كافية IQ: من المحتمل جداً أن يملك بحث إضافي أثراً مهماً على ثقتنا في تقدير التأثير ومن المحتمل أن يغير التقدير. إن أي تقدير للتأثير هو بشكل كبير غير مؤكد.

يتم تحديد التوصيات الرئيسية للعناية حسب GRADE كما يلي:

- توصية قوية SR: تستعمل عندما تفوق أو لا تفوق التأثيرات المرغوبة لتداخل بشكل واضح التأثيرات غير المرغوبة.
- توصية تقديرية DR: تستعمل عندما تكون المفاضلة غير مؤكدة، إما بسبب الدليل قليل الجودة أو أن الدليل يقترح أن التأثيرات المرغوبة وغير المرغوبة متوازنة إلى حد بعيد.

في نماذج الممارسة المفضلة قبل 2011، قامت هيئة الخبراء بتصنيف التوصيات وفقاً لأهميتها بالنسبة لعملية الرعاية، يمثل تصنيف "الأهمية بالنسبة لعملية الرعاية"، العناية التي اعتقدت الهيئة أنها قد تحسن نوعية العناية بالمرضى بطريقة هادفة. يقسم تصنيف الأهمية لثلاثة مستويات:

- المستوى A: يعرف بأنه الأهم.
- المستوى B: يعرف بأنه معتدل الأهمية.
- المستوى C: يعرف بأنه ذو علاقة، ولكنه ليس أساسياً.

قامت الهيئة أيضاً بتصنيف كل توصية بناءً على قوة الأدلة في المقالات الطبية المتوفرة، والتي تدعم التوصية. يقسم " تصنيف قوة الدليل " أيضاً إلى ثلاثة مستويات:

- المستوى I: يتضمن دليل مأخوذ من تجربة واحدة على الأقل تم تصميمها وتنفيذها بشكل جيد، فيها عينة ذات توزيع عشوائي وذات شاهد*. وقد تشمل تحاليل (meta-analyses) للتجارب ذات العينة مع التوزيع العشوائي وذات الشاهد.

• المستوى II: يتضمن دليل مأخوذ مما يلي:

- تجارب ذات شاهد* مصممة بشكل جيد دون عينة ذات توزيع عشوائي.
- دراسات تحليلية* استباقية أو دراسات تحليلية رجعية لحالات سريرية مع شاهد* (استعادية) مصممة بشكل جيد، ويفضل أن تكون من أكثر من مركز واحد.
- سلاسل ذات زمن متعّد مع أو دون تدخل.
- المستوى III: يتضمن الدليل المأخوذ من واحد مما يلي:
- الدراسات الوصفية.
- تقارير الحالات.
- تقارير صادرة عن منظمات أو هيئات خبيرة (مثال: إجماع هيئة الخبراء المشرفة على دليل نموذج الممارسة المفضل على تقارير تمت مراجعتها وتحكيمها من قبل مجموعة خارج الهيئة).

هذا ويمكن لهذه المقاربة الأولى أن تلغى تدريجياً في نهاية المطاف لأن الأكاديمية تبنت أنظمة التقييم والتصنيف SIGN و GRADE

تهدف المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل لأن تخدم كوسائل إرشاد في العناية بالمرضى، مع التأكيد الكبير على النواحي التقنية. ومن المهم جداً لدى تطبيق هذه المعرفة إدراك أن التميز الطبي الحقيقي يتحقق فقط عندما يتم تطبيق المهارات بالشكل الذي تحتل فيه احتياجات المريض المقام الأول. إن الأكاديمية الأمريكية لطب العيون موجودة دوماً لمساعدة الأعضاء في معالجة الإشكاليات الأخلاقية التي قد تظهر في مجال الممارسة العينية (مجموعة قواعد الأخلاقيات الطبية للـ AAO).

الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم المبني]

- يتم تقييم حدوث التأثيرات الجانبية الموضعية العينية والجهازية* وحدث السمية* عند المريض المعالج بأدوية الزرق.
- يمكن اعتبار تصنيع التريبيق* بالليزر علاجاً بدئياً 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 بدئياً ($I+$, GQ , SR).

القصة المرضية لدى الفحص المبني [العناصر الدليلية]

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

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليلية]

- 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 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 عتبة* الساحة البصرية السكوني الألي
- تقييم القرص البصري
- ترقق* الإطار الشبكي العصبي* السفلي و/أو العلوي

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* واستجابات* الجراحة.
- أن يصف الستير وئيدات 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 الجهازى
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية

خطة تدبير المرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

- يتم اختيار الضغط الهدف البدني 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 ($II+$, MQ , DR)
- إن المعالجة الدوائية في الوقت الحاضر هي الإجراء البدني الأكثر شيوعاً لخفض ضغط العين. يتوجب مراعاة التوازن مابين التأثيرات الجانبية* وبين الفعالية* عند اختيار علاج ذي فعالية وتحمل* أعظمين 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 الالتزام 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*

توعية وتعليم المرضى

• التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التدخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والفوائد النسبية للتدخلات البديلة، بحيث يستطيع المريض المشاركة بشكل هادف في تطوير خطة العلاج الملائمة

• يجب تشجيع المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى وإحالتهم للجوء للتأهيل البصري الملائم والخدمات الاجتماعية

• يجب إعلام المرضى الذين يريدون إجراء جراحة إنكسارية قرنية* بالتأثير المحتمل للتصحيح البصري بالليزر في إنقاص حساسية التباين* وتقليل دقة قياسات ضغط العين

- 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*)

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*

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

* 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
- الفحص الفيزيائي عند المتابعة
- حدة البصر
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي
- قياس ضغط العين
- يستطب تنظير الزاوية عند وجود شك بمركبة من الزرق مغلق الزاوية، أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو تبدل غير مفسر في ضغط العين

فواصل المتابعة

- 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.

خطة التدبير للمرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

- إن الهدف البدني 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 الاختبار (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)
- 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 التدخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والمنافع النسبية للتدخلات البديلة
- التوعية والتعليم حول إغلاق الأجفان وسد القناة الدمعية الأنفية* عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتنصاص الجهازي
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق

انغلاق الزاوية البدئي [التقييم البدئي والمعالجة]

خلال 5 سنوات (II++, GQ, SR)

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى بضع القرنية

- 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 الستيريوئيدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة
- أن يضمن حصول المريض على العناية الملائمة بعد الجراحة
- يتضمن التقييم عند المتابعة:
- تقييم انفتاح بضع القرنية برؤية محفظة العدسة الأمامية
- قياس ضغط العين
- تنظير الزاوية مع الضغط* / التسطيح* إذا لم يكن قد أجري مباشرة بعد بضع القرنية
- توسيع الحدقة للتقليل من خطر تشكل الالتصاقات الخلفية
- فحص قعر العين حينما يستطب* سريرياً
- وصف الأدوية قبل وبعد الجراحة لتجنب الارتفاع المفاجئ لضغط العين، ولأسيما لدى المرضى المصابين بمرض شديد

متابعة مرضى بضع القرنية

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

توعية وتعليم المرضى في حال عدم إجراء بضع القرنية

- يجب تحذير المرضى الذين لديهم شك بانغلاق الزاوية البدئي الذين لم يخضعوا لبضع القرنية 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 الدليلة]

- 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 الدليلة]

- 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 اللحم شائعة في الحالات الحادة)
- شذوذات* القرنية* 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 القرنية* لديهم

- يستطب بضع القرنية في العيون ذات انغلاق الزاوية البدئي أو الزرق البدئي مغلق الزاوية (I++, GQ, SR)
- يعتبر بضع القرنية 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 لإنقاص ضغط العين، وتخفيف الألم، وتخفيف وذمة القرنية. يجب بعدها إجراء بضع القرنية بأسرع وقت ممكن (III, GQ, SR)
- يجري بضع قرنية اتقائي 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



لَمُلْخَص الْمَعَالِم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفص

توضيح وتنصل

هذه النشرة هي ترجمة لنشرة الأكاديمية الأميركية لطب العيون ذات العنوان "ملخص المعالم الرئيسية". "تعكس هذه النشرة الممارسة الحالية في الولايات المتحدة الأميركية عند تاريخ نشرها الأصلي من قبل الأكاديمية، وقد تتضمن بعض التعديلات التي تعكس الممارسات المحلية. لم تقم الأكاديمية الأميركية لطب العيون بترجمة هذه النشرة إلى اللغة التي قدمت فيها وتتصل من أية مسؤولية من أي تعديلات، أو أخطاء، أو إغفالات، أو أي غلط ممكن في الترجمة. تقدم الأكاديمية الأميركية 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 الاستطباقات، ومضادات الاستطباق والتأثيرات الجانبية وبدائل أخرى لكل دواء أو علاج هي خارج نطاق هذه المنشورة. يجب التحقق من قبل الاستعمال مع المعلومات الحالية الموجودة والموضوعة في عبوة -جميع المعلومات والتوصيات 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، والناجمة عن الإهمال أو غيره، وكذلك من كل الإدعاءات والمطالبات التي قد تنبثق عن استعمال أي من التوصيات أو المعلومات الأخرى الواردة في هذه النشرة.

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.