



眼科临床指南®的摘要基准

前言

本文是美国眼科学会编写的《眼科临床指南（PPP）》的摘要基准。这些系列的《眼科临床指南》是基于三个原则撰写的。

- 每册《眼科临床指南》必须与临床密切【】相关，并具有足够的特异性，以便向临床医师提供有用的信息。
- 提出的每项建议必须具有表明其在临床诊治过程中重要性的明确等级。
- 提出的每项建议必须具有表明其证据强度的明确等级，来支持所提出的建议，反映可利用的最好证据。

《眼科临床指南》为临床医疗实践模式提供了指南，而不是为特殊个人的诊治提供措施。一方面它们通常能满足大多数患者的需要，但它们又不可能充分满足所有患者的需要。严格地遵循《眼科临床指南》将不能保证在任何情况都能获得成功的结果。不能认为这些指南包括了所有恰当的眼科诊疗方法，或者排除了能够获得最好效果的合理的诊疗方法。有必要采用不同的方法来满足不同患者的需要。医师应当根据一个特殊患者所存在的所有情况来最终判断对其的诊疗是否恰当。在解决眼科医疗实践中所产生的道德困境问题时，美国眼科学会可以向会员提供帮助。

《眼科临床指南》并不是在所有个别情况下所必须遵循的医疗标准。美国眼科学会特别指出不会承担在应用临床指南中任何建议或其他信息时由于疏忽大意或其他原因所引起的伤害和损伤的责任。

对于每种主要疾病，对其诊治过程的建议，包括病史、体格检查和辅助检查，以及诊治的处理、随诊和患者教育，都进行了总结。对于每册PPP，都进行了详细的PubMed和Cochrane图书馆的英文文献检索。这些结果由专家委员会进行审阅，用于提出建议，当有足够的证据时，就对这些建议给予表明其证据强度的等级。

为了对各个研究进行分级，采用了苏格兰院际指南网（Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN）。对于各个研究的证据进行分级的定义和水平如下述：

- I++: 高质量的随机对照试验（RCTs）的荟萃分析、系统回顾，或发生偏差危险很低的RCTs。
- I+: 实施很好的RCTs的荟萃分析、系统回顾，或发生偏差危险很低的RCTs。
- I-: RCTs的荟萃分析、系统回顾，或发生偏差危险度高的RCTs。
- II++: 高质量的病例对照或队列研究的系统回顾；混杂和偏差危险度很低，以及因果关系可能性高的高质量病例对照或队列研究。
- II+: 混杂或偏差危险度低，以及有中度可能的因果关系，而且实施很好的病例对照或队列研究。
- II-: 混杂或偏差危险度高，以及非因果关系的危险具有意义的病例对照或队列研究。
- III: 非分析性研究（如病例报告、系列病例研究）。

诊治的建议是基于证据的主体而形成的。证据主体质量的分级是根据下述的“建议的评介、制定和评估分级组”（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE）的方法来确定的。

- 高质量（Good quality, GQ）：进一步研究不太可能改变我们估计作用的信赖度。
- 中等质量（Moderate quality, MQ）：进一步研究有可能对我们估计作用的信赖度产生重要的冲击，可能会改变这一估计。
- 低质量（Insufficient quality, IQ）：进一步研究很可能对我们估计作用的信赖度产生重要的冲击，有可能改变这一估计；对作用的任何估计都是很不确定的。

眼科临床指南®的摘要基准

前言

以下是根据 GRADE 来定义诊治的关键建议：

- 强烈的建议 (Strong recommendation, SR)：当干预的期望作用明显大于不期望作用，或者没有不期望作用时应用。
- 自行决定使用的建议 (Discretionary recommendation, DR)：当权衡干预的作用时不太肯定，这种情况或者是因为证据的质量低，或者由于证据所提示的期望作用和不期望作用很相似。

在 2011 年之前的 PPP 中，对建议进行分级的专家委员会根据其临床诊治过程中的重要性进行分级。这种“与临床诊治过程重要性”的评估分级表明专家委员会的专家们认为临床诊治应当通过各种有意义的方式来提高质量。这种重要性的分级分为三个水平。

- A 级， 定义为最重要的。
- B 级， 定义为中等重要的。
- C 级， 定义为相关的，但不是关键的。

专家委员会也对可利用的文献中用于支持每项建议的证据强度进行分级。“证据强度的分级”也分为三个等级。

- I 级包括至少有一个来自于恰当实施、设计很好的随机对照试验的证据。它也可以包括随机对照试验的荟萃分析。
- II 级包括从以下几个方面所到的证据：
 - 设计很好的对照试验，但不是随机的。
 - 设计很好的队列试验或病例对照分析研究，最好是来自于多个中心的研究。
 - 有或无干预的多个时间点的系列研究。
- III 级包括从下列之一所得到的证据：
 - 描述性研究。
 - 病例报告。
 - 专家委员会/组织的报告（例如由外部同行审阅《眼科临床指南》的专家委员会的共识）。

然而，上述的方法将最终被逐步淘汰，因为美国眼科学会 (AAO) 采用了 GIGN 和 GRADE 分级和分类系统。

PPP 旨在为患者的诊治提供指导，着重强调技术方面。在应用这些知识时，有必要认识到只有将患者的需求作为最重要的考虑时，技术的应用才有可能获得最好的结果。美国眼科学会帮助其成员解决临床工作中出现的道德困境的难题 (AAO 伦理法典)。

角膜屈光手术（初诊和随诊评估）

初诊检查时病史

- 当前的视功能状态^[A:111]
- 眼病史^[A:111]
- 全身病史^[A:111]
- 用药情况^[A:111]

初诊体格检查

- 矫正和不矫正的远视力^[A:111]
- 施行显然验光；如果恰当的话也施行睫状肌麻痹下验光^[A:111]
- 计算机角膜地形图检查^[A:111]
- 中央角膜厚度测量^[A:111]
- 泪膜和眼表的评估^[A:111]
- 眼球运动和眼位^[A:111]

处理

- 在手术前检查和手术时停用接触镜^[A:111]
- 告知患者手术的可能风险、益处以及对不同的屈光手术可以替代的手术^[A:111]
- 获得和记录知情同意；在手术前应当给予患者提出所有问题的机会，并给予回答^[A:111]
- 在手术前检查和校正仪器和设备^[A:111]
- 手术医师证实患者的特征、手术眼别，将各种参数正确地输入激光器的电脑中^[A:111]

术后处理

- 手术医师对术后处理负有责任^[A:111]
- 对于表面切削手术，手术后第一天就要检查，以后每隔 2~3 天再次检查，直至角膜上皮愈合^[A:111]
- 对于无并发症的 LASIK，在术后 36 小时内进行检查，第二次随诊在术后 1~4 周进行，以后在合适的时候再进行随诊复查^[A:111]

患者教育

与患者讨论所计划手术的风险和益处^[A:111]。讨论的内容包括下列各项：

- 期望屈光结果的范围
- 残余的屈光不正
- 术后阅读和/或远距离视力的矫正
- 最好矫正视力的丧失
- 不良反应和并发症（如细菌性角膜炎、无菌性角膜炎、角膜膨隆）
- 视力测量不能够发现的视功能改变，包括眩光和暗光线下功能
- 夜间视觉综合征（如眩光、虹视）的发生或加重；应当让高度屈光不正或对在暗光下需要高水平视觉功能的患者仔细地考虑这一问题
- 对眼位的作用
- 干眼综合征的发生和恶化
- 复发性角膜糜烂综合征
- 了解角膜屈光手术对矫正老视眼的限制，以及伴随近视眼矫正所产生的未矫正近视力功能丢失的可能（对于老视眼年龄的人）说明单眼视的优缺点
- 常规的和新的切削手术的优缺点
- 同一天双眼角膜屈光手术与先后手术的优缺点。因为在双眼同一天激光角膜屈光手术后在一些时候视力可能是差的，应当告知患者像驾车这样活动在几周内是不能进行。
- 可能会影响随后白内障手术时人工晶状体度数计算的预估准确性
- 术后处理计划（处理的地点，处理的提供者）



临床指南的摘要基准翻译的免责声明

本出版物是美国眼科学会称之为摘要基准的出版物的中译本。这一译本反映了美国眼科学会从一开始出版之日起直至当前在美国的眼科临床实践，可能包括了一些反映中国眼科临床实践的修改。美国眼科学会没有将临床指南的摘要基准翻译为本出版物所用的语言，因此声明对本出版物的任何修改、错误、遗漏和其他可能的错误不承担任何责任。美国眼科学会提供本资料的唯一目的是用于教学。本出版物不是想要推出用于每一个病例的唯一的或最好的方法和步骤，或者用于代替医师自己的判断，或者为病例的处理提供特殊的建议。包括在每种药物或治疗的适应证、禁忌证、不良反应和替代药物的内容已经超出了本资料的范围。在使用本出版物之前，各种信息和建议都应当从当前的信息，包括制造厂商的宣传插页或其它独立来源的信息中得到证实，并且要考虑到患者的情况及其病史。美国眼科学会特别指出不会承担在应用本出版物中任何建议或包含在本资料中其他信息时由于疏忽大意或其他原因所引起的伤害和损伤的责任。

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.