

ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

Disclaimer: This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks 2010. 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.

توضيح وتصل: هذه النشرة هي ترجمة لنشرة الأكاديمية الأمريكية لطب العيون ذات العنوان "ملخص المعالم الرئيسية 2010". تعكس هذه النشرة الممارسة الحالية في الولايات المتحدة الأمريكية عند تاريخ نشرها الأصلي من قبل الأكاديمية، وقد تتضمن بعض التعديلات التي تعكس الممارسات المحلية. لم تقم الأكاديمية الأمريكية 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 الأمريكية 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 الاستطباب، والتأثيرات الجانبية وبدائل أخرى لكل دواء أو علاج هي خارج نطاق هذه المنشورة. يجب التحقق من جميع المعلومات والتوصيات قبل الاستعمال. مع المعلومات الحالية الموجودة والموضوعة في عبوة المنتج أو أي مصدر مستقل آخر، و تعتمد على ضوء حالة وتاريخ المريض إن الأكاديمية تتصل 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 تتبثق عن استعمال أي من التوصيات أو المعلومات الأخرى الواردة في هذه النشرة.

ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضّل[®]

جدول المحتويات

2.....	مقدمة
	الزرق*
3.....	الزرق الأولي* مفتوح الزاوية (التقييم المبدي).....
4.....	الزرق الأولي مفتوح الزاوية (التقييم عند المتابعة).....
5.....	الشك بالزرق الأولي مفتوح الزاوية (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
6.....	الزرق الأولي مغلق الزاوية (التقييم المبدي والمعالجة).....
	الشبكية*
7.....	تنكس* اللطخة* المرتبط بالعمر (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
8.....	تنكس اللطخة المرتبط بالعمر (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
9.....	اعتلال الشبكية* السكري (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
10.....	اعتلال الشبكية السكري (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
11.....	ثقب اللطخة مجهول السبب (التقييم المبدي والمعالجة).....
12.....	انفصال الزجاجي* الخلفي، الشقوق الشبكية* والتنكس الشبكي* (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	الساد* / القسم الأمامي
13.....	الساد (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	القرنية* / الأمراض الخارجية
14.....	التهاب القرنية الجرثومي* (التقييم المبدي).....
15.....	التهاب القرنية الجرثومي (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
16.....	التهاب حواف الأجفان* (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
17.....	التهابات الملتحمة* (التقييم المبدي والمعالجة).....
18.....	متلازمة* العين الجافة (التقييم المبدي).....
19.....	متلازمة العين الجافة (التوصيات المتعلقة بالتدبير).....
	طب العيون عند الأطفال / الحول*
20.....	الغمش* - العين الكسولة - (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
21.....	الحول الأنسي* (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
22.....	الحول الوحشي* (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	التدبير الإنكساري* / التداخل
23.....	الجراحة الإنكسارية القرنية (التقييم المبدي وعند المتابعة).....
	ملحقات خاصة بالترجمة
24.....	ملحق/1/ المرادفات الإنكليزية للتعبير والمصطلحات الواردة في الترجمة العربية.....
28.....	ملحق/2/ المختصرات الإنكليزية الواردة في النص.....

ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل[®]

مقدمة :

فيما يلي ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل لدى الأكاديمية الأمريكية 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 تلبى احتياجات معظم المرضى، فإنها لا يمكن أن تلبى 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 الأمريكية 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 تتصل بشكل خاص من أي أو كل المسؤوليات الناجمة عن الأضرار أو الأذى 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 يتم تصنيفها بطريقتين.

قامت هيئة الخبراء في البداية بتصنيف كل توصية 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 متعدد 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).
- 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 تحل 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 المبدي]

• يمكن اعتبار الجراحة الراشحة *في بعض الحالات بديلاً علاجياً بديئاً. [I:A]

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى معالجة تصنيع التربيق بالليزر

• يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:

- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة. [III:A]

- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة. [III:A]

- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل خلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة. [I:A]

- إجراء فحص المتابعة خلال ستة أسابيع من الجراحة أو أبكر من ذلك عند وجود تخوف من حدوث أذية في العصب البصري متعلقة بضغط العين. [III:A]

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. [III:A]

- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يوثق بدقة الموجودات *واستطببات * الجراحة. [III:A]

- أن يصف الستيروئيدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة. [III:A]

- إجراء تقييم المتابعة في اليوم الأول بعد الجراحة (من 12 إلى 36 ساعة بعد الجراحة)، وعلى الأقل مرة واحدة خلال الأسبوع الأول أو الثاني. [III:A]

- القيام في حال غياب المضاعفات * بزيارات متابعة إضافية خلال فترة الستة أسابيع بعد الجراحة. [III:A]

- تحديد مواعيد لزيارات أكثر تواتراً - حسب الضرورة - للمرضى الذين حدثت لديهم مضاعفات تالية للجراحة. [III:A]

- تقديم المعالجات الإضافية حسب الضرورة لتعزيز فرص الحصول على نتيجة ناجحة على المدى البعيد. [III:A]

توعية وتعليم المرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

• يجب مناقشة التشخيص، وشدة المرض، والإنذار *، والخطة العلاجية، وأرجحية استمرار المعالجة مدى الحياة. [III:A]

• التوعية والتعليم فيما يتعلق بإغلاق الأقفان أو سد القناة الدمعية الأنفية عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتصاص الجهازي [II:B]

• تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلية]

• القصة العينية [III:A]

• القصة الجهازية [III:A]

• القصة العائلية [II:A]

• مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع [III:A]

• تقييم تأثير الوظيفة البصرية على الحياة والنشاطات اليومية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلية]

• حدة * البصر [III:A]

• الحدقتان * [II:B]

• فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي بالمصباح الشقي * [III:A]

• قياس ضغط العين [I:A]

• الثخانة القرنية المركزية [II:A]

• تنظير زاوية * الغرفة الأمامية [III:A]

• تقييم رأس العصب البصري * وطبقة الألياف العصبية الشبكية بواسطة التنظير المجسم * المكبر [III:A]

• توثيق مظهر رأس العصب البصري * بواسطة التصوير المجسم * الملون أو تحليل الصورة بواسطة الكمبيوتر * [III:A]

• تقييم قعر العين * (من خلال حدقة موسعة كلما كان ذلك ممكناً) [III:A]

• تقييم الساحة البصرية *، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتبة * الساحة البصرية السكوني الآلي [III:A]

خطة تدبير المرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

• يتم اختيار الضغط الهدف البديني بحيث يقل بحوالي 25% عن مستوى ضغط العين قبل المعالجة، على افتراض أن مجال الضغط المقاس قبل المعالجة هو الذي أدى لإحداث أذية العصب البصري. [I:A]

• إن قيمة الضغط الهدف تقديرية، ويجب أن تتخذ كل قرارات العلاج بشكل مفرد تبعاً لاحتياجات المريض. [III:A]

• إن المعالجة الدوائية في الوقت الحاضر هي الإجراء البديني 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. [III:A]

• يتم تقييم حدوث التأثيرات الجانبية الموضعية العينية والجهازية * وحدث السمية * عند المريض المعالج بأدوية الزرق. [III:A]

• يمكن اعتبار تصنيع التربيق * بالليزر علاجاً بديئاً عند بعض المرضى. [I:A]

الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم عند المتابعة]

بانغلاق في الزاوية أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو تشوهات في الزاوية، أو عند وجود تغير غير مفسر في مستوى ضغط العين. [III:A] كما يجب إجراء تنظير الزاوية بشكل دوري (مثال: كل 1 - 5 سنوات). [III:A]

- يجب إعادة تقييم نظام المعالجة في حال لم يتم الوصول إلى الضغط الهدف، وفي حال كانت المنافع من تغيير العلاج تفوق الخطر. [III:A]
- يجب إنقاص مستوى قيمة الضغط الهدف في حال وجود تبدلات مترقية في القرص البصري* أو الساحة البصرية. [III:A]

- تشمل العوامل التي تحدد تواتر إعادة التقييم، ضمن كل من الفترات الفاصلة الموصى بها: شدة الأذية، ومعدل الترقي، والمدى الذي يتجاوز فيه ضغط العين الضغط الهدف، وعدد وأهمية عوامل الخطورة الأخرى المؤدية لأذية العصب البصري* [III:A]

توعية وتعليم المرضى

- التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التداخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والفوائد النسبية للتدخلات البديلة، بحيث يستطيع المريض المشاركة بشكل هادف في تطوير خطة العلاج الملائمة [III:A]
- يجب تشجيع المرضى المصابين بإعاقات بصرية مهمة أو عمى وإحالتهم للجوء للتأهيل البصري الملائم والخدمات الاجتماعية. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص

- القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
- القصة الدوائية الجهازية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:B]
- التأثيرات الجانبية* للأدوية العينية [III:A]
- تواتر استخدام وزمن الاستخدام الأخير للأدوية الخافضة لضغط العين، ومراجعة استعمال الأدوية [III:B]

الفحص الفيزيائي

- حدة* البصر [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]
- قياس ضغط العين [I:A]
- تقييم رأس العصب البصري* والساحة البصرية* (انظر الجدول في الأسفل) [III:A]
- يجب إعادة قياس ثخانة القرنية المركزية بعد أي حدث قد يغير من قيمتها. [III:A]

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 [III:A]
- يجب إجراء تنظير لزاوية الغرفة الأمامية عند وجود شك المتابعة

تحقيق ضغط العين الهدف	ترقي الأذية	فترة الضبط (بالأشهر)	فواصل المتابعة التقريبية (بالأشهر)**	الدليل الموصى به في تقييم متابعة الحالة الزرقية وتقييم العصب البصري والساحة البصرية [III:B] *
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 الاليف 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 المبني و عند المتابعة]

ومراجعة لاستعمال الأدوية إذا كان المريض قيد المعالجة
[III:B]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر [III:A]
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]
- قياس ضغط العين. [III:A]
- يستطب تنظير الزاوية عند وجود شك بمركبة من الزرق مغلق الزاوية، أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو تبدل غير مفسر في ضغط العين [III:A]

فواصل المتابعة

- تعتمد فواصل الزيارة على طريقة التفاعل بين المريض والمرضى، والتي تعتبر فريدة وخاصة لكل مريض من المرضى. [III:A]
- 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.

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 [III:A]
- التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التداخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والمنافع النسبية للتدخلات البديلة [III:A]
- التوعية والتعليم حول إغلاق الأجفان وسد القناة الدمعية الأنفية* عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنفاص الامتصاص الجهازي [III:B]
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبني [العناصر الدليلية]

- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية [III:A]
- القصة العائلية [III:A]
- مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع [III:A]
- تقييم تأثير الوظيفة البصرية على الحياة والنشاطات اليومية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليلية]

- حدة* البصر [III:A]
- الحدقتان* [II:B]
- فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]
- قياس ضغط العين [I:A]
- الثخانة القرنية المركزية [III:A]
- تنظير زاوية* الغرفة الأمامية [III:A]
- تقييم رأس العصب البصري* وطبقة الألياف العصبية الشبكية* بواسطة التنظير المجسم* المكبر [III:A]
- توثيق مظهر رأس العصب البصري* بواسطة التصوير المجسم* الملون أو تحليل الصورة بواسطة الكمبيوتر* [III:A]
- تقييم قعر العين* (من خلال حذقة موسعة كملكان ذلك ممكناً) [III:A]
- تقييم الساحة البصرية*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتبة* الساحة البصرية السكوني الآلي [III:A]

خطة التدبير للمرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

- إن الهدف البدئي المنطقي هو أن يكون مستوى الضغط الهدف أقل بما يعادل 20% من متوسط قياسات قاعدية متعددة لضغط العين. [II:A]
- اختيار النظام العلاجي الذي يحقق الفعالية* والتحمل* الأعظميين لتحقيق الاستجابة العلاجية المرغوبة. [III:A]

القصة المرضية عند المتابعة

- القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
- القصة الجهازية خلال الفترة الفاصلة إضافة لأي تغيير في الأدوية الجهازية [III:B]
- التأثيرات الجانبية للأدوية العينية إذا كان المريض قيد المعالجة [III:A]
- تواتر استخدام وتوقيت الاستخدام الأخير لأدوية الزرق،

الزرق الأولي مغلق الزاوية [التقييم المبني و المعالجة]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]

- القصة العينية (أعراض قد تدل على هجمات من انغلاق الزاوية المتقطع) [III:A]
- القصة العائلية للزرق الحاد مغلق الزاوية [II:B]
- القصة الجهازية (كاستعمال أدوية موضعية أو جهازية) [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليّة]

- الحالة الانكسارية* [III:A]
- الحدقتان* [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]
- تبغ* الملنحة* (في الحالات الحادة).
- نقص في عمق الغرفة الأمامية المركزي والمحيطي.
- وجود التهاب في الغرفة الأمامية، يدل على هجمة حديثة أو حالية.
- تورم* القرنية مع أو بدون وذمة* كيبسية* (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 [III:A]
- تنظير الزاوية* في كلا العينين [III:A]
- تقييم قعر العين* ورأس العصب البصري* باستعمال منظار قعر العين المباشر* أو التنظير الحيوي* [III:A]

خطة التدبير للمرضى الذين يستطب إجراء بضع القرنية* لديهم

- يعتبر بضع القرنية بالليزر العلاج الجراحي المفضّل لنوبة انغلاق الزاوية الحاد. [II:A]
- تستعمل المعالجة الدوائية عادة في البداية بنوبة انغلاق الزاوية الحاد لإنقاص ضغط العين، وتخفيف الألم، وتخفيف وذمة القرنية وذلك تحضيراً لإجراء بضع القرنية [III:A]
- جرى بضع قرنية اتقائي في العين الثانية إذا كانت زاوية الغرفة الأمامية ضحلة تشريحياً [III:A]

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. [III:A]
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة. [III:A]
- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل خلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة. [III:A]
- أن يصف الستيروئيدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة. [III:A]
- أن يضمن حصول المريض على العناية الملائمة بعد الجراحة. [III:A]
- يتضمن التقييم عند المتابعة:
- تقييم انفتاح بضع القرنية [III:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- تنظير الزاوية، إذا لم يكن قد أجري مباشرة بعد بضع القرنية [III:A]
- توسيع الحدقة للتقليل من خطر تشكل الالتصاقات الخلفية [III:A]

- فحص قعر العين حينما يستطب* سريريا [III:A]
- استعمال الأدوية أثناء الإقامة بالمشفى قبل وبعد الجراحة لتجنب الارتفاع المفاجئ لضغط العين، ولاسيما لدى المرضى المصابين بمرض شديد [III:A]

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 [III:A]
- 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. [III:A]

توعية وتعليم المرضى في حال عدم إجراء بضع القرنية

- إعلام المرضى المعرضين لخطر انغلاق الزاوية الحاد حول أعراض النوبة انغلاق الزاوية الحاد، وتنبههم لضرورة المراجعة فوراً لدى ظهور الأعراض [III:A]
- تحذير المرضى من الأدوية التي قد تسبب توسعاً في الحدقة وتحدث نوبة انغلاق زاوية حاد. [III:A]

تنكس اللطخة المرتبط بالعمر [التقييم المبني و عند المتابعة]

تكون أوعية حديث

- تتناقش المخاطر والفوائد والمضاعفات مع المريض، ثم يتم الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع [III:A]
- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Ranibizumab داخل الزجاجي بعد مدة 4 أسابيع تقريباً من المعالجة [III:A]
- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Bevacizumab داخل الزجاجي بعد 4-8 أسابيع تقريباً من المعالجة [III:A]
- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Pegaptanib sodium بعد مدة 6 أسابيع تقريباً من المعالجة [III:A]
- يجب إجراء الفحص والتصوير الوعائي بالفلورسئين على الأقل كل 3 أشهر لمدة سنتين بعد المعالجة الضوئية الدائمة بـ Verteporfin [I:A]

- يتم فحص المرضى المعالجين بالتخثير الضوئي الحراري بالليزر بعد 2-4 أسابيع تقريباً من المعالجة، ومن ثم بفترة 4-6 أسابيع [III:A]
- قد يكون كل من التصوير المقطعي البصري* (OCT) [III:A] وتصوير الأوعية بالفلورسئين [I:A]، وتصوير قعر العين [III:A] مفيداً في اكتشاف علامات النتج*، ويلجأ إليها عندما تستطب* سريرياً .
- يجب إجراء الفحوص اللاحقة حينما تستطب اعتماداً على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج [III:A]

توعية وتعليم المريض

- تتم توعية وتعليم المريض حول الإنذار والقيمة الكامنة للمعالجة بما يتلاءم مع حالته العينية والوظيفية [III:A]
- تشجيع المرضى الذين لديهم تنكس لطخة مرتبط بالعمر باكراً على الخضوع لفحص عيني منتظم مع توسيع الحدقة من أجل الاكتشاف الباكر للمرحلة المتوسطة من التنكس [III:A]
- توعية وتعليم المرضى المصابين بتنكس اللطخة المرتبط بالعمر في المرحلة المتوسطة حول طرق اكتشاف الأعراض الجديدة لتكون الأوعية الحديث المشيماني، وحول الحاجة للمراجعة السريعة لطبيب العيون [III:A]
- الطلب من المرضى المصابين بالمرض وحيد الجانب مراقبة الرؤية في العين الثانية، والقيام بالمراجعة الدورية حتى بغياب الأعراض، والمراجعة الفورية عند ظهور أعراض بصرية حديثة أو مهمة [III:A]
- يطلب من المريض التبليغ عن الأعراض التي قد تدل على التهاب باطن العين* كحدوث ألم أو انزعاج عيني متزايد، احمرار عيني متزايد، تشوش أو نقص في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو الزيادة المفاجئة في عدد الأجسام السابحة* [III:A]
- تشجيع المرضى المدخنين على إيقاف التدخين [I:A] بسبب وجود بيانات تدعم وجود علاقة سببية بين التدخين وتنكس اللطخة المرتبط بالعمر [II:A] هذا علاوة على المنافع الصحية العديدة التي ينطوي عليها إيقاف التدخين.
- إحالة المرضى المصابين بنقص الوظيفة البصرية إلى التأهيل البصري(انظر www.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية. [III:A]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]

- الأعراض (تشوه المرئيات*، نقص الرؤية) [II:A]
- الأدوية والمتممات* الغذائية [III:B]
- القصة العينية [III:B]
- القصة الجهازية (أي من ارتكاسات فرط الحساسية) [III:B]
- القصة العائلية، ولاسيما القصة العائلية لتنكس اللطخة المرتبط بالعمر AMD [III:B]
- القصة الاجتماعية، ولاسيما التدخين [III:B]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر [III:A]
- الفحص بالتنظير الحيوي المجسم* للطحخة* [III:A]

الفحوص المتممة

- يستطب إجراء تصوير أوعية قعر العين بالحقن الوريدي للفلورسئين في حال وجود تنكس اللطخة المرتبط بالعمر في الحالات: [I:A]
- عندما يشكو المريض من تشوه مرئيات حديث.
- عندما يوجد لدى المريض تشوش غير مفسر في الرؤية.
- عندما يظهر الفحص السريري ارتقاعاً في الظهارة الشبكية الصباغية* أو في الشبكية، أو عند وجود دم تحت الشبكية أو نتحات* قاسية، أو عند وجود تليف* تحت الشبكية.
- لاكتشاف وجود تكون الأوعية الحديث المشيماني* (CNV)، وتحديد امتداده*، نموذج، حجمه، وموقعه، وحساب النسبة المئوية للألفة المؤلفة من أو المتضمنة تكون الأوعية الحديث المشيماني التقليدي* .
- لتوجيه المعالجة (جراحة التخثير الضوئي* بالليزر أو المعالجة الضوئية الدائمة* بـ PDT Verteporfin .
- لاكتشاف نكس أو استمرار وجود تكون الأوعية الحديث المشيماني بعد المعالجة.
- للمساعدة في تحديد سبب نقص الرؤية غير المفسر بالفحص السريري.
- يجب أن ترفق وحدة التصوير الوعائي بخطة عالية أو خطة طوارئ وبرتوكول لتقليل خطر وتسيير أية مضاعفات [III:A]

القصة المرضية عند المتابعة

- الأعراض البصرية، بما فيها نقص الرؤية وتشوه المرئيات [II:A]
- التغيير في الأدوية والمتممات الغذائية [III:B]
- القصة العينية في الفترة الفاصلة بين الزيارتين [III:B]
- القصة الجهازية في الفترة الفاصلة بين الزيارتين [III:B]
- التغييرات في القصة الاجتماعية، ولاسيما التدخين [III:B]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر [III:A]
- الفحص بالتنظير الحيوي المجسم لقعر العين* [III:A]
- المتابعة بعد معالجة تنكس اللطخة المرتبط بالعمر المترافق مع

تنكس اللطخة المرتبط بالعمر [التوصيات المتعلقة بالتدبير] توصيات المعالجة وخطط المتابعة لتنكس اللطخة المرتبط بالعمر

المعالجة التي يوصى بها	التشخيص الجديرة بالمعالجة	توصيات المتابعة
مراقبة من دون معالجة دوائية أو جراحية [I:A]	لا علامات سريرية للـ AMD (AREDS زمرة 1) AMD باكراً (AREDS زمرة 2). AMD متقدمة مع تغيرات ثنائية الجانب تتضمن ضمور جغرافي تحت النقرة* أو ندبات قرصية الشكل.	كما هو موصى به في نموذج الممارسة المفضل في التقييم العيني الشامل لدى البالغين [III:A] يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر في الحالات اللاعرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة للـ CNV [III:A] يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر إذا كانت غير عرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة للـ CNV [III:A] لا حاجة لتصوير قعر العين أو التصوير الوعائي بالفلورسئين إلا إذا كانت الأعراض موجودة [I:A]
يوصى بالتمتعات* الغذائية المعدنية والفيتامينات ومضادات الأكسدة كما في تقارير AREDS [I:A]	AMD متوسطة (AREDS زمرة 3) AMD متقدمة في إحدى العينين (AREDS زمرة 4).	مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (قراءة / شبكة أمسلر)* [III:A] يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر في الحالات اللاعرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة للـ CNV [III:A] يجرى تصوير قعر العين حسب الحاجة يجرى التصوير الوعائي بالفلورسئين عند وجود دليل على وذمة* أو علامات وأعراض أخرى للـ CNV.
حقن 0.5 مغ من Ranibizumab داخل الزجاجي كما هو موصى به في تقارير Ranibizumab [I:A]	CNV تحت النقرة*	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين* وتتضمن: ألم أو حس الزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام السليجة* [III:A] يعاد الفحص بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة. تعتمد المتابعة اللاحقة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (قراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
حقن Bevacizumab داخل الزجاجي كما هو موصوف في التقارير المنشورة [III:A]	CNV تحت النقرة	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين، وتتضمن: ألم أو حس الزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام السليجة [III:A] يعاد الفحص بعد 4 - 8 أسابيع تقريباً من المعالجة، وتعتمد المتابعة اللاحقة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
حقن Pegaptanib sodium داخل الزجاجي بمقدار 0.3 مغ كما هو موصى به في تقارير Pegaptanib sodium [I:A]	CNV تحت النقرة، حديث أو ناكس، من النمط التقليدي* بشكل سائد*، ويحجم ≥ 12 مساحة قرص بصري حسب MPS CNV خفي* بدون النمط التقليدي، أو فقط جزء صغير منه تقليدي، بحيث تكون المساحة الكلية ≥ 12 قرص بصري، نزف* تحت الشبكية مترافق مع CNV يشكل $\geq 50\%$ من مساحة الآفة، و/أو وجود شحميات*، و/أو خسارة المريض 15 حرف أو أكثر في حدة البصر خلال الأسابيع الـ 12 السابقة.	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين، وتتضمن: ألم أو حس الزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام السليجة [III:A] يعاد الفحص مع إعادة المعالجة كل 6 أسابيع حسبما يستطب [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
PDT بالـ Verteporfin كما هو موصى به في تقارير TAP و VIP [I:A]	CNV تحت النقرة، حديث أو ناكس، تفوق فيه المركبة التقليدية 50% من مساحة الآفة، ولا تتجاوز الآفة الكلية 5400 ميكرون في قطرها الخطي الأعظمي. قد يستخدم PDT في علاج الـ CNV الخفي عندما تكون الرؤية أسوأ من 20/50، أو إذا كانت مساحة CNV أقل من مساحة 4 أقراص بصرية حسب MPS مع كون الرؤية أفضل من 20/50.	يعاد الفحص كل 3 أشهر تقريباً حتى الاستقرار، مع إعادة المعالجة حسبما تستطب [III:A] مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]
الجراحة بالتخثير الضوئي الحراري بالليزر* حسب توصيات تقارير MPS [I:A]	CNV تقليدي خارج النقرة، جديد أو ناكس. يمكن استخدام العلاج أيضاً للـ CNV جانب القرص البصري.	يعاد الفحص مع التصوير الوعائي بالفلورسئين بعد 2 - 4 أسابيع تقريباً من المعالجة، ومن ثم بفترة 4 - 6 أسابيع، ومن ثم اعتماداً على الموجودات السريرية* وموجودات التصوير الوعائي. [III:A] تعاد المعالجة حسبما يستطب. مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر) [III:A]

AMD = تنكس اللطخة المرتبط بالعمر. AREDS = دراسة الأمراض العينية المرتبطة بالعمر. CNV = تكون الأوعية الحديث المشيمي. MPS = دراسة التخثير الضوئي لللطخة. PDT = المعالجة الضوئية الدائمة. TAP = معالجة تنكس اللطخة المرتبط بالعمر بالمعالجة الضوئية الدائمة. VIP = الـ Verteporfin في المعالجة الضوئية الدائمة

اعتلال الشبكية السكري [التقييم المبدي و عند المتابعة]

الفحوص المتممة

- كلما يكون تصوير قعر العين ذا قيمة في حالات اعتلال الشبكية السكري الأصغري*، أو عندما يكون اعتلال الشبكية السكري غير متبدل عن المظهر السابق [III:A]
- قد يكون تصوير قعر العين مفيداً في توثيق التطور الهام للمرض والاستجابة للمعالجة [III:B]
- يستعمل تصوير الأوعية بالفلورسئين كمرشد لعلاج وذمة اللطخة الهامة سريرياً [I:A] وكوسيلة لتقييم أسباب النقص غير المفسر في حدة البصر. [III:A] يمكن للتصوير الوعائي أن يكشف عدم التروية الشعرية* في اللطخة، [III:A] أو مصادر التسرب* الشعري المسببة لوذمة اللطخة كتفسير محتمل لنقص الرؤية.
- لا يستطب إجراء تصوير الأوعية بالفلورسئين بشكل روتيني كجزء من فحص مرضى السكري [III:A]
- لا يحتاج الأمر لإجراء التصوير الوعائي بالفلورسئين لتشخيص وذمة اللطخة الهامة سريرياً أو اعتلال الشبكية السكري التكاثري* (PDR)، حيث أن كلاً منهما يشخص بالفحص السريري.

توعية وتعليم المريض

- مناقشة نتائج الفحص وما يتضمنه [III:A]
- تشجيع مرضى السكري غير المصابين باعتلال شبكية سكري بالخضوع لفحص عيني مع توسيع الحدقة سنوياً [III:A]
- إبلاغ المرضى أن المعالجة الفعالة لاعتلال الشبكية السكري تعتمد على القيام بالتدخل في الوقت الصحيح، بالرغم من كون الرؤية جيدة مع عدم وجود أعراض عينية [III:A]
- توعية وتعليم المرضى حول أهمية المحافظة على مستويات قرب طبيعية لسكر الدم وقيم قرب طبيعية لضغط الدم وتخفيض مستويات شحميات المصل [III:A]
- البقاء على تواصل مع الطبيب، (طبيب العائلة، الطبيب الداخلي، أو أخصائي الغدد الصم*) فيما يخص الموجودات العينية [III:A]
- تزويد المرضى الذين تفشل الحالة لديهم بالاستجابة للجراحة والذين تكون المعالجة الإضافية غير متوافرة لهم، بالدعم المحترف المناسب، مع إحالتهم إلى خدمات تقديم المشورة أو التأهيل أو الخدمات الاجتماعية حسبما يقتضيه الأمر [III:A]
- تحويل المرضى المصابين بنقص الوظيفة البصرية للتأهيل البصري (انظر www.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية.

القصة لدى الفحص المبدي [العناصر الدليّة]

- مدة الإصابة بالداء السكري [I:A]
- الضبط السابق لسكر الدم (الخضاب* A1c) [I:A]
- الأدوية [III:A]
- القصة الجهازية كوجود السمنة، [III:A] الداء الكلوي، [III:A]
- فرط ضغط الدم* الجهازية، [I:A] مستويات شحميات* المصل*، [III:A] الحمل* [I:A]
- القصة العينية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر [I:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- تنظير الزاوية عندما يستطب (في حال تشكل الأوعية الحديث على القرنية أو ارتفاع ضغط العين) [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* [III:A]
- تنظير قعر العين من خلال حدقة موسعة، متضمناً فحص تنظير مجسم* للقطب الخلفي* [I:A]
- فحص الشبكية المحيطية والزجاجي، ومن الأفضل القيام بذلك بواسطة تنظير قعر العين اللامباشر* أو التنظير بواسطة المصباح الشقي المشارك مع عدسة لاصقة [III:A]

التشخيص

- يتم تصنيف كلا العينين من حيث زمرة وشدة اعتلال الشبكية السكري، ووجود أو غياب وذمة اللطخة الهامة سريرياً* (CSME) [III:A]. يختلف خطر تطور الإصابة بحسب كل زمرة من زمر المرض.

القصة عند المتابعة

- الأعراض البصرية [III:A]
- الحالة الجهازية (الحمل، ضغط الدم، كولسترول المصل، الحالة الكلوية) [III:A]
- حالة سكر الدم (الخضاب A1c) [I:A]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر [I:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- التنظير الحيوي بواسطة المصباح الشقي مع فحص القرنية [III:A]
- تنظير الزاوية (عند وجود تشكل أوعية حديث على القرنية أو عند الشك بوجوده، أو إذا كان ضغط العين مرتفعاً) [III:A]
- فحص مجسم للقطب الخلفي بعد توسيع الحدقتين [I:A]
- فحص الشبكية المحيطية والزجاجي حينما يستطب* [III:A]

اعتلال الشبكية السكري [التوصيات المتعلقة بالتدبير] التوصيات المتعلقة بالتدبير لمرضى السكري

شدة اعتلال الشبكية*	وجود CSME \times	المتابعة (بالأشهر)	التخثير الضوئي لكامل الشبكية* (PRP) بالليزر (المبعضر*)	التصوير الوعائي* بالفلورسئين	الليزر بشكل بؤر* و/أو بشكل شبكة* \dagger
طبيعي أو NPDR أصغري*	لا	12	لا	لا	لا
NPDR خفيف* أو معتدل*	لا	12 – 6	لا	لا	لا
	نعم	4 – 2	لا	عادة \times	عادة \dagger
NPDR شديد*	لا	4 – 2	أحياناً s	نادراً	لا
	نعم	4 – 2	أحياناً s	عادة	عادة Π
PDR غير عالي الخطورة	لا	4 – 2	أحياناً s	نادراً	لا
	نعم	4 – 2	أحياناً s	عادة	عادة \dagger
PDR عالي الخطورة*	لا	4 – 2	عادة	نادراً	لا
	نعم	4 – 2	عادة	عادة	عادة Π
PDR غير فعال أو مترجع*	لا	12 – 6	لا	لا	عادة
	نعم	4 – 2	لا	عادة	عادة

CSME: وذمة اللطخة الهامة سريرياً . NPDR: اعتلال الشبكية السكري غير التكاثري . PDR: اعتلال الشبكية السكري التكاثري.

\times استثناءات تتضمن: فرط ضغط الدم* أو احتباس السوائل المرافق لقصور* القلب، قصور الكلية، الحمل*، أو أية أسباب أخرى قد تفاقم وذمة اللطخة*. ويمكن في هذه الحالات تأجيل التخثير الضوئي* لفترة قصيرة. كما يعتبر من الخيارات تأجيل علاج الـ CSME عندما يكون مركز اللطخة سليماً، حدة* البصر ممتازة، المتابعة الوثيقة ممكنة، مع تفهم المريض للمخاطر.

\dagger العلاجات المساعدة المحتملة تتضمن الستيرويدات القشرية* ضمن الزجاجي، العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي* (خارج التصنيف off-label). أثبتت البيانات المأخوذة من شبكة البحث السريري لاعتلال الشبكية السكري (Diabetic Retinopathy Clinical Research Network) عام 2010، عند المتابعة بعد سنة، أن استعمال Ranibizumab ضمن الزجاجي مع العلاج الفوري أو الموجل بالليزر أدى إلى زيادة أكبر في حدة* البصر، وأن استعمال Triamcinilone Acetonide ضمن الزجاجي مع العلاج بالليزر أدى أيضاً إلى زيادة بصرية أكبر في عيون البلورة الكاذبة* بالمقارنة مع العلاج بالليزر لوحده. يمكن أن يتم فحص الأشخاص الخاضعين لحقن العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي ضمن الزجاجي بعد شهر من إجراء الحقن.

\ddagger يعتبر تأجيل التخثير الضوئي البؤري لعلاج الـ CSME خياراً ممكناً عندما يكون مركز اللطخة سليماً، حدة البصر ممتازة، المتابعة الوثيقة ممكنة، مع تفهم المريض للمخاطر. على كل حال، يمكن بدء العلاج بإجراء التخثير الضوئي البؤري حيث أنه على الرغم من دوره المحدود في تحسين الرؤية، فإنه يحقق ثباتاً في حدة البصر الحالية. إن علاج الأفات القريبة من المنطقة غير الموعاة للنقرة (FAZ) قد يؤدي لأذية الرؤية المركزية، ومع مرور الوقت فإن نديبات* الليزر قد تتوسع وتزيد من تراجع الرؤية. قد تلعد الدراسات المستقبلية على توجيه استخدام العلاجات ضمن الزجاجي متضمنة الستيرويدات القشرية* والعوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي في هذه الحالات التي لا يمكن فيها تطبيق التخثير الضوئي بالليزر بأمان. إن المتابعة الوثيقة قد تكون ضرورية لذمة اللطخة غير الهامة سريرياً.

s قد يتم اللجوء لجراحة التخثير الضوئي لكامل الشبكية عندما تقترب الحالة من اعتلال الشبكية السكري التكاثري عالي الخطورة. هذا ويستفيد المرضى المصابين بالنمط 2 من الداء السكري بشكل أكبر من مرضى النمط 1 من إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية باكراً لاعتلال الشبكية غير التكاثري الشديد. وبالتالي يتم اللجوء لهذا العلاج للمرضى المصابين باعتلال شبكية سكري غير تكاثري شديد وبالنمط 2 للسكري. وتساهم عوامل أخرى في تحديد وقت إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية مثل: عدم مطاوعة* المريض للمتابعة، التخطيط لاستخراج ساد* قريباً، الحمل، والحالة المرضية للمعين الثانية.

Π يفضل إجراء التخثير الضوئي البؤري أولاً، وقبل إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية، للتقليل من حدوث تفاقم وذمة اللطخة التي تحدث بعد إجراء التخثير الضوئي لكامل الشبكية.

ثقب اللطخة مجهول السبب [التقييم المبني والمعالجة]

- | | |
|---|--|
| <p>الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليّة]</p> <ul style="list-style-type: none"> • حدة* البصر [III:A] • التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* للطحخة والسطح الفاصل بين الشبكية والزجاجي* [III:A] | <p>القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]</p> <ul style="list-style-type: none"> • مدة استمرار الأعراض [III:A] • القصة العينية: زرق* أو أي أمراض عينية أخرى سابقة، إصابات*، جراحة، أو معالجات أخرى، التحديق* المطول إلى الشمس [III:A] • الأدوية التي قد تكون مسؤولة عن تشكل كيسات* اللطخة* [III:A] |
|---|--|

التوصيات المتعلقة بالتدبير لثقب اللطخة

المرحلة	التدبير	المتابعة [III:A]
A – 1	مراقبة [II:A]	مراجعة فورية عند ظهور أعراض حديثة كل 4 – 6 أشهر بغياب الأعراض.
B – 1	مراقبة [II:A]	مراجعة فورية عند ظهور أعراض حديثة كل 4 – 6 أشهر بغياب الأعراض.
2	جراحة [II:A] ‡	بعد يوم أو يومين من الجراحة، ثم بعد 1 – 2 أسبوع. يتفاوت تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة اعتماداً على نتائج الجراحة وعلى أعراض المريض. بحال عدم إجراء الجراحة، كل 4 – 8 أشهر.
3	جراحة [I:A]	بعد يوم أو يومين من الجراحة، ثم بعد 1 – 2 أسبوع. يتفاوت تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة اعتماداً على نتائج الجراحة وعلى أعراض المريض.
4	جراحة [I:A]	بعد يوم أو يومين من الجراحة، ثم بعد 1 – 2 أسبوع. يتفاوت تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة اعتماداً على نتائج الجراحة وعلى أعراض المريض.

‡على الرغم من إجراء الجراحة في أغلب الحالات، فإن المراقبة تبقى ضرورية

توعية وتعليم المريض

- إبلاغ المرضى بمراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أعراض كالزيادة في عدد الأجسام السابحة*، النقص في الساحة البصرية، أو النقص في حدة البصر [III:A]
- إبلاغ المرضى بضرورة تجنب السفر بالجو، والمرتفعات، والتخدير العام بأكسيد النتروز* لحين حدوث التلاشي شبه التام للغاز من العين.
- إبلاغ المرضى الذين أصيبوا بثقب في اللطخة في إحدى العينين باحتمال تشكل ثقب لطحخة في العين الثانية بنسبة 10 – 20% مولاسيما إذا بقي الزجاجي متصلاً* [III:A]
- تحويل المرضى الذين يعانون من مشاكل بصرية بعد الجراحة تحد من قدرتهم الوظيفية إلى التأهيل البصري (انظر www.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية [III:A]

- ### العناية الجراحية والتالية للجراحة إذا كان المريض يتلقى معالجة
- إبلاغ المريض حول المخاطر النسبية، وكذلك الفوائد، والبدائل عن الجراحة، والحاجة لاستعمال الغاز القابل للتمدد* داخل العين، وكذلك الحاجة لوضعية خاصة بعد الجراحة [III:A]
 - وضع خطة عناية تالية للجراحة وإبلاغ المريض عن هذه الترتيبات [III:A]
 - إبلاغ مرضى الزرق بإمكانية ارتفاع ضغط العين ما حول الجراحة [III:A]
 - الفحص خلال يوم أو يومين بعد الجراحة، ومرة ثانية بعد 1 – 2 أسبوع من الجراحة [III:A]

انفصال الزجاجي الخلفي، الشقوق الشبكية والتكس الشبكي* [التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة عند المتابعة

- أعراض بصرية [I:A]
- قصة رض عيني أو جراحة داخل العين خلال الفترة الفاصلة عن الفحص السابق [II:A]

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة* البصر [III:A]
- تقييم حالة الزجاجي، مع الانتباه لوجود صباغ* أو نزف أو تميع* [II:A]
- فحص قعر العين المحيطي مع تفريغ الصلبة [III:A]
- تخطيط الصدى B إذا كانت الأوساط الشفافة عاتمة* [III:A]
- يجب متابعة المرضى الذين يراجعون بنزف زجاجي كافٍ لإخفاء معالم الشبكية، مع كون تخطيط الصدى B سلبياً، بشكل دوري. يجب إعادة تخطيط الصدى B خلال أربعة أسابيع تقريباً من الفحص المبني في العيون التي يشك فيها بوجود تمزق* شبكي [III:A]

توعية وتعليم المريض

- توعية وتعليم المرضى ذوي الخطورة العالية لتطوير انفصال الشبكية* حول أعراض انفصال الزجاجي الخلفي وانفصال الشبكية، وحول أهمية فحوص المتابعة الدورية [III:A]
- الطلب من كل المرضى ذوي الخطورة العالية لحدوث انفصال الشبكية إعلام طبيب العيون فوراً عند حدوث تبدل في الأعراض كزيادة في عدد الأجسام السابحة*، نقص في الساحة البصرية، أو نقص في حدة البصر [III:A]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]

- أعراض انفصال الزجاجي الخلفي [I:A]
- القصة العائلية [II:A]
- الرضوض العينية السابقة [III:A]
- حسر البصر* [II:A]
- قصة الجراحات العينية السابقة بما فيها تبديل البلورة الإنكساري* وجراحة الساد* [II:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليّة]

- فحص الزجاجي* بحثاً عن النزف*، الانفصال*، والخلايا المصطبغة* [III:A]
- فحص قعر العين* المحيطي مع تفريغ* الصلبة [III:A] الطريقة المفضلة لتقييم أمراض الزجاجي والشبكية المحيطة هي تنظير قعر العين اللامباشر* مع تفريغ الصلبة المرافق [III:A]

الفحوص المتممة

- يجري تخطيط الصدى* B إذا كان تقييم الشبكية المحيطة غير ممكناً [II:A] وفي حال عدم وجود أي اضطرابات* يوصى بإجراء فحوص متابعة متكررة [III:A]
- العناية الجراحية والتالية للجراحة إذا كان المريض يتلقى معالجة لإعلام المريض حول المخاطر النسبية، والفوائد، والبدائل عن الجراحة [III:A]
- وضع خطة عناية بعد الجراحة، وإعلام المريض حول هذه الترتيبات [III:A]
- ينصح المريض بالاتصال بطبيب العيون فوراً بحال حدوث تبدل في الأعراض كظهور أجسام سابحة* جديدة أو نقص في الساحة البصرية [III:A]

تدبير العناية

خيارات التدبير

نمط الأفة	المعالجة
تمزقات بشكل نعل الفرس* عرضية* حادة*	معالجة فورية [II:A]
تمزقات بشكل الغطاء* عرضية حادة.	قد لا تكون المعالجة ضرورية [III:A]
شقوق شبكية رضية*.	تعالج عادة [III:A]
تمزقات بشكل نعل الفرس لا عرضية*.	يمكن متابعتها عادة من دون معالجة [III:A]
تمزقات بشكل الغطاء لا عرضية.	نادراً ما يوصى بالمعالجة [III:A]
ثقوب* مدورة ضمورية* لا عرضية.	نادراً ما يوصى بالمعالجة [III:A]
تنكس شبكي لا عرضي من دون ثقوب.	لا يعالج إلا إذا حدث تمزق بشكل نعل الفرس ناجم عن PVD [III:A]
تنكس شبكي لا عرضي مع ثقوب.	لا يتطلب معالجة عادة [III:A]
تمزقات شبكية محيطية* لا عرضية.	لا يوجد دليل واضح حول الحاجة للمعالجة، كما أن الدلائل غير كافية لتوجيه التدبير.
ثقوب ضمورية، تنكس شبكي، أو تمزقات لا عرضية بشكل نعل الفرس في العين الثانية	لا يوجد دليل واضح حول الحاجة للمعالجة، كما أن الدلائل غير كافية لتوجيه التدبير.

PVD: انفصال الزجاجي الخلفي

الساد [التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة لدى الفحص المبني

- التأكيد على أن يوثق * التقييم * بدقة كلاً من: الأعراض،
الموجودات، واستجابات المعالجة [III:A]
- إبلاغ المريض حول المخاطر، الفوائد، والنتائج المتوقعة من
الجراحة [III:A]

- وضع خطة جراحية تتضمن اختيار العدسة داخل
العين * (IOL) [III:A]

- مراجعة نتائج التقييمات التشخيصية * وما قبل الجراحية مع
المريض [III:A]

- وضع خطة بعد الجراحة مع إبلاغ المريض بالترتيبات [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب رؤية المرضى ذوي الخطورة العالية خلال 24 ساعة
من الجراحة [III:A]

- يشاهد المرضى العاديين خلال 48 ساعة بعد الجراحة [III:A]
- يعتمد تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة على الانكسار، الوظيفة
البصرية، والحالة الطبية للعين.

- تكون الزيارات اللاحقة عادةً أكثر تواتراً بالنسبة للمرضى ذوي
الخطورة العالية.

- يجب أن تتضمن عناصر كل فحص بعد الجراحة ما يلي:

- القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين، بما فيها
الأعراض الحديثة واستعمال الأدوية بعد الجراحة [III:A]
- تقييم المريض للحالة الوظيفية البصرية [III:A]
- تقييم الوظيفة البصرية (حدة البصر، اختبار الثقب
الضيق) * [III:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]

بضع المحفظة * بليزر [Nd:YAG]

- تستطب المعالجة عندما تتأثر الرؤية سلبياً بفعل كثافة *
المحفظة الخلفية بحيث لا تلبى الاحتياجات الوظيفية للمريض،
أو عندما تعيق رؤية قعر العين بشكل حرج [III:A]
- التوعية والتعليم حول أعراض انفصال الزجاجي * الخلفي،
وتمزقات * أو انفصال الشبكية *، والحاجة لإجراء فحص فوري
عند ملاحظة هذه الأعراض [III:A]

توعية وتعليم المريض

- مناقشة فوائد ومخاطر الجراحة بما فيها خطر العمى، عند
الأشخاص ذوي العين الوحيدة وظيفياً . [III:A]

- الأعراض [III:A]
- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية [III:A]
- تقييم الحالة الوظيفية البصرية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة * البصر مع التصحيح الحالي [III:A]
- قياس أفضل حدة بصرية مصححة * (BCVA) (مع تحديد
الانكسار عندما يستطب) * [III:A]
- الارتصاف * العيني والحركية * العينية [III:A]
- تفاعل ووظيفة الحدقة * [III:A]
- قياس ضغط العين [III:A]
- الفحص الخارجي [III:A]
- التنظير الحيوي * بالمصباح الشقي * [III:A]
- تقييم قعر العين * (من خلال حدقة موسعة) [III:A]
- تقييم الأوجه ذات الصلة المتعلقة بالصحة العامة والصحة
العقلية * [III:B]

تدبير العناية

- تستطب المعالجة عندما لا تعود الوظيفة البصرية كافية لتلبية
احتياجات المريض، وعندما توفر جراحة الساد أرجحية معقولة
للتحسن [III:A]
- يستطب استخراج الساد أيضاً عند وجود دلائل على مرض
محدث بالبلورة *، أو عند الحاجة لرؤية قعر العين في عين
تملك إمكانية للرؤية [III:A]
- يجب عدم إجراء الجراحة في الظروف التالية: [III:A] عندما
تلبى الرؤية بمساعدة النظارات أو الوسائل البصرية المساعدة
احتياجات المريض، أو عندما تكون الجراحة غير قادرة على
تحسين الوظيفة البصرية، أو عندما لا يكون آمناً خضوع
المريض للجراحة بسبب وجود ظروف طبية أو عينية مرافقة،
وعندما لا يمكن الحصول على العناية الملائمة بعد الجراحة.
- استجابات الجراحة في العين الثانية هي نفسها في العين
الأولى. [III:A] (مع أخذ الحاجة للوظيفة البصرية المشتركة بين
العينين بعين الاعتبار).

العناية قبل الجراحة

- يترتب على طبيب العيون الذي سيجري الجراحة المسؤوليات
التالية:

- فحص المريض قبل الجراحة [III:A]

التهاب القرنية الجرثومي [التقييم المبني]

- تقيح الغرفة الأمامية* الذي يرافق التهاب القرنية الجرثومي يكون عقيماً* عادة، ولا يجب إجراء بزل للخلط المائي أو الزجاجي إلا في الحالات التي يكون فيها الشك قوي بحدوث التهاب باطن عين* جرثومي. [III:A]
- يجب أن توضع الكشاطات* القرنية التي تؤخذ بهدف الزرع في الأوساط الملائمة للزرع مباشرة لتعزيز فرص نجاح الزرع. [III:A] وإذا كان ذلك غير ممكناً، توضع العينات في أوساط خاصة عند نقلها. [III:A] وفي كل الحالات، يتم حضن الزروع مباشرة أو تؤخذ مباشرة للمختبر. [III:A]

تدبير العناية

- قطرات الصادات الموضعية هي الطريقة المفضلة في معظم الحالات. [III:A]
- تستعمل الصادات الموضعية واسعة الطيف في البداية في المعالجة التجريبية لالتهاب القرنية الجرثومي المفترض*. [III:A]
- في حالات التهاب القرنية الشديد أو المركزي (مثال: إصابة في اللحمة العميقة أو ارتشاح بقطر أكبر من 2 مم مع تقيح* واسع)، تستعمل جرعة تحميل* (مثال: كل 5-15 دقيقة في الساعات 1-3 الأولى)، تتبع باستعمال متعدد (مثال: كل 30 دقيقة حتى 1 ساعة على مدار الساعة). [III:A] أما في حالات التهاب القرنية الأقل شدة، يكون استعمال القطرات بتواتر أقل مناسباً. [III:A]
- تستعمل المعالجة الجهازية في التهاب القرنية بالمكورات البنية*. [II:A]
- بشكل عام، يتم تعديل المعالجة البنية بحال عدم وجود تحسن أو ثبات في الحالة خلال 48 ساعة. [III:A]
- بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعالجون بالستيروئيدات القشرية* العينية الموضعية عند المراجعة بشك وجود التهاب قرنية الجرثومي، يتم إيقاف أو تخفيف الستيروئيدات القشرية حتى تتم السيطرة على الخمج*. [III:A]
- عندما تشمل الارتشاحات القرنية المحور البصري، يمكن إضافة الستيروئيدات القشرية الموضعية بعد 2-3 أيام على الأقل من حدوث تحسن مترقي بالعلاج بالصادات الموضعية. [III:A] يجب الاستمرار باستعمال الصادات الموضعية بسويات عالية ثم التخفيف التدريجي. [III:A]
- يتم فحص المرضى خلال 1-2 يوم بعد بدء المعالجة بالستيروئيدات القشرية الموضعية. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض العينية [III:A]
- قصة لاستعمال العدسات اللاصقة* [II:A]
- مراجعة للقصة العينية من النواحي الأخرى [III:A]
- مراجعة للمشاكل الطبية الأخرى والأدوية الجهازية [III:A]
- الأدوية العينية المستعملة حالياً أو مؤخراً [III:A]
- الحساسية للأدوية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر [III:A]
- المظهر العام للمريض [III:B]
- فحص الوجه [III:B]
- الأنفان والإغلاق الجفني [III:A]
- الملتحمة* [III:A]
- الجهاز الأنفي الدمعي* [III:B]
- الحس القرني [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - حواف الأنفان [III:A]
 - الملتحمة [III:A]
 - الصلبة* [III:A]
 - القرنية* [III:A]
 - الغرفة الأمامية [III:A]
 - الزجاجي الأمامي [III:A]
 - العين الأخرى [III:A]

الفحوص التشخيصية

- تدبير الغالبية العظمى من الحالات المكتسبة بالعدوى بالمعالجة التجريبية* من دون أخذ لطاخات* أو الزرع*. [III:A]
- الاستطابات لأخذ لطاخات أو الزرع:
- التهاب القرنية الشديد أو المههد للروية مع الشك بالمنتشأ الجرثومي للتهاب قبل بدء المعالجة. [III:A]
- الارتشاح* القرني الواسع الذي يمتد للحممة* المتوسطة إلى العميقة. [III:A]
- الطبيعة المزمنة للتهاب. [III:A]
- عدم الاستجابة للمعالجة بالصادات واسعة الطيف. [III:A]
- المظهر السريري الذي قد يدل على التهاب القرنية الفطري*، أو الأميبي*، أو بالمتفطرات*. [III:A]

التهاب القرنية الجرثومي [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

التقييم عند المتابعة

- يعتمد التواتر على درجة المرض، لكن الحالات الشديدة تتابع يومياً على الأقل في البداية حتى يحدث التحسن السريري أو استقرار الحالة. [III:A]

توعية وتعليم المريض

- إبلاغ المرضى الذين لديهم عوامل خطورة مؤهبة للتهاب القرنية الجرثومي حول الخطر النسبي لديهم، وكذلك حول علامات وأعراض الخمج*، وضرورة مراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أي من تلك العلامات والأعراض. [III:A]
- التوعية حول الطبيعة المخربة للتهاب القرنية الجرثومي
- توعية وتعليم مرضى العدسات اللاصقة* حول زيادة خطر الخمج لديهم، ولاسيما عند ارتداء العدسات أثناء النوم، وأهمية الالتزام بتقنيات العناية الصحية بالعدسات اللاصقة. [III:A]
- إحالة المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى إلى التأهيل البصري إذا كانوا غير مؤهلين للجراحة (انظر [III:A]).

www.aao.org/smartsight

معالجة التهاب القرنية الجرثومي بالصادات* [III:A]

الجرعة* تحت الملتحمة*	التركيز الموضعي	الصاد	العضوية* المسببة
100 مغ في 0.5 مل 20 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل أو 9 - 14 مغ / مل متنوعة†	Cefazolin مع Tobramycin Gentamycin أو Fluoroquinolone	لا عضويات مكتشفة أو أنماط متعددة من العضويات
100 مغ في 0.5 مل 25 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل 15 - 50 مغ / مل 10000 وحدة دولية متنوعة†	Cefazolin Vancomycin ‡ Bacitracin ‡ Fluoroquinolones Δ	المكورات* إيجابية الغرام*
20 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل	14 - 9 مغ / مل 50 مغ / مل متنوعة†	Gentamycin أو Tobramycin Ceftazidime Fluoroquinolones	العصيات* سلبية الغرام*
100 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل 50 مغ / مل متنوعة†	Ceftriaxone Ceftazidime Fluoroquinolones	المكورات سلبية الغرام*
20 مغ في 0.5 مل	20 - 40 مغ / مل 10 مغ / مل 10 مغ / مل متنوعة†	Amikacin Clarithromycin Azithromycin ⁿ Fluoroquinolones	المتقطرات* غير السلية*
20 مغ في 0.5 مل	100 مغ / مل 20 - 40 مغ / مل	Sulfacetamide Amikacin	النوكارديا*
	16 مغ / مل 80 مغ / مل	Trimethoprim/sulfamethoxazole: Trimethoprim Sulfamethoxazole	

Δ قليل من المكورات إيجابية الغرام تقاوم الـ gatifloxacin والـ moxifloxacin أكثر من غيرها من الـ fluoroquinolones.

† ciprofloxacin 3 مغ/مل؛ gatifloxacin 3 مغ/مل؛ levofloxacin 15 مغ/مل؛ moxifloxacin 5 مغ/مل؛ ofloxacin 3 مغ/مل، هي التراكيز المتوفرة تجارياً.

‡ تستعمل في أنواع المكورات العنقودية* والمكورات المعوية* المقاومة* وفي حال الحساسية للبنسلين. لا يملك كل من الـ vancomycin والـ bacitracin أية فعالية تجاه سلبيات الغرام، ولا يجب استعمالها كعامل وحيد في المعالجة التجريبية* لالتهاب القرنية الجرثومي.

S المعالجة الجهازية ضرورية عند الشك بخرم بالمكورات البنية*.

Π المعطيات من :

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

التهاب حواف الأجفان [التقييم المبني وعند المتابعة]

- وجود عدم تناظر ملحوظ، أو مقاومة للمعالجة، أو برودة* ناكسة في نفس المكان دون استجابة جيدة للمعالجة. [III:A]
- يجب استشارة الطبيب المختص بالمرضيات* قبل أخذ خزعة عند الشك بالسرطانة زهمية الخلايا*. [III:A]

تدبير العناية

- يعالج مرضى التهاب حواف الأجفان في البداية بالكمامات الدافئة* مع العناية بصحة الأجفان*. [III:A]
- يمكن وصف صاد* موضعي مثل bacitracine أو erythromycin لمرضى التهاب حواف الأجفان بالمكورات العنقودية*، حيث تستعمل مرة واحدة في اليوم أو أكثر أو قبل النوم لمدة أسبوع أو أكثر. [III:A]
- بالنسبة للمرضى المصابين بسوء وظيفة* غدد ميومبيوس* والذين لديهم أعراض وعلامات مزمنة غير مضبوطة بشكل مناسب عن طريق العناية بصحة الأجفان، يمكن استعمال tetracyclines الفموي. [III:A]
- قد يفيد استعمال شوط علاجي قصير من الستيروئيدات القشرية* الموضعية في التهاب حواف الأجفان أو التهابات سطح العين. يجب استعمال أقل جرعة فعالة ممكنة من الستيروئيدات القشرية، كما يجب تجنب المعالجة المديدة إن أمكن. [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة:
 - القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
 - حدة البصر [III:A]
 - الفحص الخارجي [III:A]
 - التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]
- يجب إعادة تقييم المريض خلال بضعة أسابيع عند العلاج بالستيروئيدات القشرية، لتحديد الاستجابة للعلاج، وقياس ضغط العين، وتقييم مطاوعة* المريض للعلاج [III:A]

توعية وتعليم المريض

- إعلام المرضى بما يخص الطبيعة المزمنة والناكسة لسير المرض. [III:A]
- إعلام المرضى بلأن الأعراض كثيراً ما تتحسن، لكنها نادراً ما تنتهي. [III:A]
- نصح المرضى بأن العلاج قد يكون ضرورياً لمدة طويلة، لأنه وإن كانت الكمامات الدافئة والعناية بصحة الأجفان فعالة، فإن الأعراض غالباً ما تعود إذا ما أوقفت المعالجة. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- التوقيت من اليوم الذي تكون فيه الأعراض أسوأ [III:A]
- فترة استمرار الأعراض [III:A]
- التظاهر وحيد أو ثنائي الجانب [III:A]
- الظروف التي تزيد من شدة الأعراض [III:A] (مثال: التدخين، المؤرجات*، الرياح، العدسات اللاصقة*، الرطوبة القليلة، الريتينويد*، العادات الغذائية واستهلاك الكحول، مستحضرات التجميل حول العين)
- الأعراض المتعلقة بالأمراض الجهازية [III:A] (مثال: الوردية*، الأرج*)
- الأدوية الجهازية والموضعية السابقة والحالية [III:A]
- التعرض الحديث لشخص مخموج* (مثال: القمل*) [III:C]
- القصة العينية (مثال: الجراحة السابقة داخل العين أو في الأجفان، الرضوض الموضعية* سواء الميكانيكية، أو الحرارية، أو الكيميائية، والأذية الإشعاعية)
- القصة الجهازية (مثال: أمراض جلدية مثل الوردية، الأمراض التأتبية*، والحلأ النطاقي العيني*)

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر [III:A]
- الفحص الخارجي
- الجلد [III:A]
- الأجفان [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- فلم الدمع [III:A]
- حواف الأجفان الأمامية [III:A]
- الأهداب* [III:A]
- حواف الأجفان الخلفية [III:A]
- الملتحمة* الظرفية* [III:A]
- الملتحمة البصلية* [III:A]
- القرنية* [III:A]
- قياس ضغط العين [III:A]

الفحوص التشخيصية

- قد يستطب* الزرع* بالنسبة لمرضى التهاب حواف الأجفان الأمامي الناكس* مع التهاب شديد، إضافة للمرضى الذين لا يستجيبون للمعالجة. [III:A]
- قد تستطب خزعة* الأجفان لاستبعاد احتمال السرطانة* عند

التهابات الملتحمة [التقييم المبني والمعالجة]

الاختبارات التشخيصية المناعية* و / أو الزرع. [III:A]

- تؤخذ خزعة* من الملتحمة البصلية من منطقة غير مصابة قرب الحوف من العين المصابة بالتهاب الفعّال عند الشك بالداء الفقاعاني الغشائي المخاطي العيني* . [III:A]
- يستطب أخذ خزعة كاملة السماكة من الجفن عند الشك بالسرطانة الزهمية* . [II:A]

تدبير العناية

- تجنب الاستعمال العشوائي للصادات* أو الستيروئيدات القشرية* الموضوعية، لأن الصادات قد تسبب سمية، والستيروئيدات القشرية قد تطيل أمد الخمج بالفيروسات الخدية* وتسمى للخمج بفيروس الحلا البسيط* [III:A]
- تعالج التهابات الملتحمة الأرجية* الخفيفة بالعوامل المضادة للهيستامين*/مقيضات الأوعية* التي تصرف من دون وصفة طبية*، أو بالجيل الثاني من صادات* مستقبلات الهيستامين H1 الموضوعية. [I:A] تستعمل مثبتات* الخلايا البدينة* عند النكس المتكرر أو الإزماء [I:A]
- يجب إيقاف استعمال العدسات اللاصقة في حالات التهاب الملتحمة والقرنية* المحدث بالعدسات لمدة أسبوعين أو أكثر [III:A]
- إذا استطب استعمال الستيروئيدات القشرية، وجب استعمال أقل جرعة ممكنة بالاعتماد على استجابة المريض وتحمله [III:A]
- إذا كانت الستيروئيدات قيد الاستعمال، وجب قياس المستوى القاعدي* لضغط العين [III:A]
- تستعمل الصادات الجهازية لعلاج التهاب الملتحمة الناجم عن النايسريات البنية* [I:A] والمتنثرات الحثرية* . [II:A]
- عندما يكون التهاب الملتحمة متوافقاً مع مرض ينتقل بطريق الجنس، يعالج الشركاء الجنسيون لتقليل خطر النكس وانتشار المرض، كما يجب إحالة المرضى وشركائهم الجنسيين إلى الطبيب المختص. [III:A]
- إحالة المرضى الذين لديهم تظاهرات لمرض جهازى إلى الطبيب المختص. [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة
- القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
- حدة البصر [III:A]
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي [III:A]
- إذا كتلت الستيروئيدات القشرية قيد الاستعمال، وجب إجراء قياس دوري لضغط العين، وكذلك توسيع الحدقة لتقييم حدوث الساد* والزرق* [III:A]

توعية وتعليم المريض

- توجيه المرضى المصابين بأشكال معدية من المرض لتقليل أو منع انتشار المرض في المجتمع. [III:A]
- إبلاغ المرضى الذين قد يحتاجون علاجاً قصير الأمد منكرراً بالستيروئيدات القشرية الموضوعية بالمضاعفات* المحتملة لاستعمال الستيروئيدات القشرية [III:A]
- نصح مرضى التهابات الملتحمة الأرجية بأن الغسل المتواتر للملابس والاستحمام قبل النوم قد يكونان مفيدتين [III:B]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض والعلامات العينية (مثال: حكة*، مفرزات*، تهيج*، ألم، رهاب الضوء*، تشويش في الرؤية) [III:A]
- فترة استمرار الأعراض [III:A]
- العوامل التي تزيد من شدة الأعراض [III:A]
- التظاهر وحيد أو ثنائي الجانب [III:A]
- نمط المفرزات [III:A]
- التعرض الحديث لشخص مخموج* [III:A]
- الرضوض (ميكانيكية، كيميائية، بالأشعة فوق البنفسجية*) [III:A]
- ارتداء العدسات اللاصقة* (مثال: نمط العدسة، كيفية العناية الصحية بالعدسة ونظام استعمالها) [III:A]
- الأعراض والعلامات التي قد تكون متعلقة بالأمراض الجهازية (مثال: المفرزات البولية التناسلية*، عسر التبول*، خمج* الطريق التنفسي العلوي، الآفات الجلدية والمخاطية*) [III:A]
- الأرج*، الربو*، الإكزيمة* [III:A]
- استعمال الأدوية الموضوعية والجهازية [III:A]
- القصة العينية (مثال: هجمات سابقة من التهابات الملتحمة [III:A] وجراحات عينية سابقة [III:B])
- القصة الجهازية (مثال: اضطرابات الحالة المناعية، الأمراض الجهازية السابقة والحالية) [III:B]
- القصة الاجتماعية (مثال: التدخين [III:C] المهنة والهوايات [III:C] السفر [III:C] الفعالية الجنسية [III:C])

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر [III:A]
- الفحص الخارجي
- اعتلال العقد للمفاوية* المنطقية* (ولاسيما العقد أمام الأذن*) [III:A]
- الجلد [III:A]
- شذوذات الأجناف والملحقات* [III:A]
- الملتحمة* [III:A]
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- حواف الأجناف [III:A]
- الأهداب* [III:A]
- النقاط* والقنيت* الدمعية [III:B]
- الملتحمة الظرفية* والرتجية* [II:A]
- الملتحمة البصلية* / الحوف* [II:A]
- القرنية* [I:A]
- الغرفة الأمامية / القرنية* [III:A]
- نموذج التلون الصباغي [III:A] (الملتحمة والقرنية)

الفحوص التشخيصية

- يستطب أخذ العينات للزرع* ولطاخات* للفحص الخلوي* والتلون بملونات خاصة عند الشك بالتهاب الملتحمة الخمجي* الوليدي* [I:A]
- يوصى بالطاخات من أجل الفحص الخلوي والتلون الخاص في حالات الشك بالتهاب الملتحمة بالمكورات البنية* . [II:A]
- يثبت تشخيص التهاب الملتحمة بالمتنثرات* الوليدي ولدى البالغين بواسطة

متلازمة العين الجافة [التقييم المبني]

- ضادات مستقبلات بيتا الأدرنجية*، أدوية المعالجة الكيميائية*، أي دواء ذي فعل مضاد للكولين* (III:B) (مثال: الكيميائية) -
- الرضوض (III:B) (مثال: الكيميائية) -
- الأخماج الفيروسية المزمنة (III:B) (مثال: التهاب الكبد* C ، فيروس عوز المناعة المكتسب*) -
- الجراحة غير العينية (III:B) (مثال: اغتراس* نقي العظم*، جراحة الرأس والعنق، جراحة علاج الألم العصبي لمثلث التوائم*) -
- تشجيع* الحجاج* (III:B) -
- الأمراض العصبية (III:B) (مثال: دار باركنسون*، شلل بل*، متلازمة Riley-Day، الألم العصبي لمثلث التوائم) -
- جفاف الفم، تجوف* الأسنان، القرحات* الفموية (III:B) -

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر (III:A)
- الفحص الخارجي (III:A)
 - الجلد (III:A)
 - الأجناف (III:A)
 - الملحقات* (III:A)
 - الجحوظ* (III:B)
 - وظيفة الأعصاب القحفية* (III:A)
 - اليدين (III:B)
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - فلم الدمع (III:A)
 - الأهداب* (III:A)
 - حواف الأجناف الأمامية والخلفية (III:A)
 - النقاط الدمعية (III:A)
 - الرتج* السفلي والملتحمة* الظفرية* (III:A)
 - الملتحمة البصلية* (III:A)
 - القرنية* (III:A)

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض والعلامات العينية (III:A)
- الظروف التي تزيد من شدة الأعراض (III:B)
- فترة استمرار الأعراض (III:A)
- الأدوية الموضعية المستعملة وتأثيرها على الأعراض (III:A)
- القصة العينية، وتتضمن
 - استعمال العدسات اللاصقة*، أوقات استعمالها والعناية بها (III:A)
 - التهابات الملتحمة* الأرجية* (III:A)
 - القصة العينية الجراحية (III:A) (رآب قرنية* سابق، جراحة ساد*، جراحة انكسارية قرنية*)
 - أمراض سطح العين* (III:A) (مثال: فيروس الحلا البسيط*، فيروس الحماق وداء المنطقه*، الداء الفقاعاني الغشائي المخاطي* العيني، متلازمة* ستيفن جونسون*، انعدام الفرحية*، مرض الطعم ضد المضيف*)
 - جراحة النقاط* الدمعية (III:A)
 - جراحة الأجناف (III:A) (مثال: جراحة سابقة لإصلاح الانسدال*، رآب الأجناف*، إصلاح الشتر الداخلي* / الشتر الخارجي*)
 - شلل بل* (III:A)
- القصة الجهازية، وتتضمن
 - التدخين أو التعرض للتدخين السلبي* (III:A)
 - الأمراض الجلدية (III:A) (مثال: الوردية*)
 - تقنية وتواتر غسل الوجه، متضمنة العناية بصحة الأجناف* والأهداب* (III:A)
 - التآب* (III:A)
 - سن الإياس* (III:A)
 - الأمراض الالتهابية* الجهازية (III:A) (مثال: متلازمة جوغن*، مرض الطعم ضد المضيف*، التهاب المفاصل الرثياني*، الذئبة الحمامية الجهازية*، تصلب الجلد*)
 - الأمراض الجهازية الأخرى (III:A) (مثال: اللمفوما*، الساركويد*)
 - الأدوية الجهازية (III:A) (مثال: مضادات الهستامين*، المدرات*، الهرمونات والصادات* الهرمونية، مضادات الاكتئاب*، الأدوية المضادة لللانظميات* القلبية، isotretinoin ، diphenoxylate/atropine)

العين الجافة [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

القشرية خشية حدوث التأثيرات الجانبية* كارتفاع ضغط العين، ذوبان* (تلاشي) القرنية، وتشكل الساد* [III:A]

توعية وتعليم المريض

- إعلام المرضى حول الطبيعة المزمنة للعين الجافة وتاريخ سيرها الطبيعي. [III:A]
- تزويد المرضى بتوجيهات خاصة حول الأنظمة العلاجية. [III:A]
- إعادة التحقق بشكل دوري من مطواعة* المريض وفهمه لطبيعة المرض، والمخاطر الناجمة عن التبدلات البنيوية* المرافقة، والتوقعات الواقعية* للتدبير الفعال، وإعادة تعزيز* توعية وتعليم المريض. [III:A]
- إحالة المرضى الذين لديهم تظاهرات لأمراض جهازية إلى الطبيب المختص. [III:A]
- تحذير المرضى المشخص لديهم متلازمة العين الجافة بأن الجراحة الإنكسارية القرنية* قد تزيد من سوء حالة جفاف العين لديهم. [III:A]

- تعالج كافة العوامل المسببة القابلة للمعالجة، حيث أن المرضى الذين لديهم أعراض العين الجافة يملكون غالباً العديد من العوامل المساهمة في الحالة [III:A]
- يتحدد ترتيب وكيفية إشراك المعالجات اعتماداً على احتياجات المريض وخياراته المفضلة، وكذلك على المحاكمة الطبية لطبيب العيون المعالج [III:A]
- تعد المعايير التالية ملائمة في الحالات الخفيفة من العين الجافة:
 - التوعية والتعليم، والتعديلات في البيئة المحيطة [III:A]
 - حذف الأدوية الموضعية أو الجهازية التي تساهم في الحالة [III:A]
 - تعزيز* المركبة المائية في فلم الدمع عن طريق استعمال بدائل الدموع الاصطناعية* على شكل هلام* أو مرهم* [III:A]
 - معالجة الأجفان (الكمادات الدافئة* والعناية بصحة الأجفان*) [III:A]
 - معالجة العوامل العينية المساهمة كالتهاب حواف الأجفان* والتهاب غدد ميبوميوس* [III:A]
- إضافة للمعالجات المذكورة أعلاه، تعد المعايير التالية ملائمة في الحالات المعتدلة من العين الجافة:
 - العوامل المضادة للالتهاب* (cyclosporine) الموضعي [I:A] والستيروئيدات القشرية*، [II:A]
 - المتممات* الغذائية الجهازية الحاوية على الأحماض الدهنية* من نوع أوميغا-3 [III:A]
 - سدادات* النقاط* الدمعية [III:A]
 - الدروع* الجانبية في النظارات والغرف الرطبة* [III:A]
- إضافة للمعالجات المذكورة أعلاه، تعد المعايير التالية ملائمة في الحالات الشديدة من العين الجافة:
 - الشادات* الكولنجية* الجهازية [I:A]
 - العوامل الجهازية المضادة للالتهاب [III:A]
 - العوامل الحالة للمخاط* [III:A]
 - الدموع المصلية الإسوية* [III:A]
 - العدسات اللاصقة* [III:A]
 - تصحيح شذوذات* الأجفان [III:A]
 - الإغلاق الدائم للنقاط الدمعية [III:A]
 - رفو الأجفان* [III:A]
- مراقبة المرضى الموضوعين على العلاج بالستيروئيدات

الغمش - العين الكسولة - [التقييم المبني وعند المتابعة]

تدبير العناية

- يتم اختيار لمعالجة اعتماداً على عمر المريض، حدة البصر، المطاوعة* مع المعالجة السابقة، والحالة الفيزيائية والاجتماعية والنفسية للمريض. [III:A]
- هدف المعالجة هو تحقيق تساوي / تعادل لنماذج التثبيت أو حدة البصر. [III:A]
- حالما يتم الوصول لحدة البصر الأعظمية، فإن المعالجة تخفف تدريجياً حتى توقف في النهاية. [III:A]

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة:
- القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين [III:A]
- تحمل* المعالجة [III:A]
- تجرى الفحوص والاختبارات حسب استطبائها [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبني [العناصر الدليلة]

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية، وتتضمن مراجعة للظروف الطبية قبل وحول وبعد الولادة [III:A]
- القصة العائلية، وتتضمن الحالات العينية والأمراض الجهازية ذات الصلة [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليلة]

- تقييم حدة* البصر ونموذج التثبيت* [III:A]
- الارتصاف* والحركية* العينية [III:A]
- اختبار المنعكس الأحمر* أو المنعكس الأحمر ثنائي الجانب (اختبار Brückner) [III:A]
- فحص الحدقة* [III:A]
- الفحص الخارجي [III:A]
- فحص القسم الأمامي [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]
- اختبار الرؤية بالعينين* / حدة الرؤية المجسمة* [III:A]

فواصل التقييم عند متابعة الغمش خلال مرحلة العلاج الفعال [III:A]

العمر (سنوات)	نسبة مئوية عالية من التغطية (70% من ساعات الاستيقاظ / أكثر / $6 \leq$ ساعات باليوم)	نسبة مئوية منخفضة من التغطية ($> 70\%$ من ساعات الاستيقاظ / > 6 ساعات باليوم) أو عقاب*	معالجة الصيانة* أو المراقبة
0 - 1	1 - 4 أسابيع	2 - 8 أسابيع	1 - 4 أشهر
1 - 2	2 - 8 أسابيع	2 - 4 أشهر	2 - 4 أشهر
2 - 3	3 - 12 أسبوع	2 - 4 أشهر	2 - 4 أشهر
3 - 4	4 - 16 أسبوع	2 - 6 أشهر	2 - 6 أشهر
4 - 5	4 - 16 أسبوع	2 - 6 أشهر	2 - 6 أشهر
5 - 7	6 - 16 أسبوع	2 - 6 أشهر	2 - 6 أشهر
7 - 9	8 - 16 أسبوع	3 - 6 أشهر	3 - 12 شهر

توعية وتعليم المريض

- مناقشة التشخيص، شدة المرض، الإنذار* وخطة المعالجة مع المريض أو الأهل و / أو مسؤولي العناية*. [III:A]
- شرح طبيعة الاضطراب*، وإشراك الأهل في خطة المعالجة. [III:A]

الحول الأنسي [التقييم المبني وعند المتابعة]

التقييم عند المتابعة

- إن التقييم الدوري ضروري حتى الوصول للنضوج* البصري [III:A]
- يجب تقييم مد البصر* كل 1 - 2 سنة [III:A]
- يستطب إجراء الفحص مع إرخاء المطابقة بتواتر أعلى عند وجود تغير في حدة البصر، الغمش، أو الارتصاف غير الثابت [III:A]
- إذا كان الفحص ثابتاً، فإن المتابعة كل 1 - 2 سنة تكون ملائمة خلال سنوات المراهقة* [I:A]

فواصل التقييم عند متابعة الحول الأنسي [III:A]

العمر (بالسنوات)	الفترة الفاصلة (بالأشهر)
1 - 0	6 - 3
5 - 1	12 - 6
5	24 - 12

ملاحظة: قد تكون الزيارات الأكثر تواتراً ضرورية عند وجود الغمش أو عند حدوث تدهور حديث في الارتصاف العيني.

توعية وتعليم المريض

- مناقشة الموجودات مع المريض و/أو الأهل / مسؤولي العناية* لتعزيز* فهم المرضى للاضطراب* ولإشراكهم في خطة المعالجة. [III:A]
- توضع خطط المعالجة بالتشاور مع المريض و/أو العائلة / مسؤولي العناية. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبني [العناصر الدليّة]

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- القصة العينية (تاريخ البدء وتواتر ظهور الانحراف*، وجود أو غياب الشفع*) [III:A]
- القصة الجهازية (مراجعة العوامل الطبية قبل وحول وبعد الولادة) [III:A]
- القصة العائلية، وتتضمن وجود الحول*، الغمش*، جراحة على العضلات خارج العين، الأمراض الوراثية*. [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر [III:A]
- الارتصاف* العيني (للبعد والقرب) والحركية* العينية [III:A]
- وظيفة العضلات خارج العين [III:A]
- اكتشاف الرؤية* [III:A]
- الاختبارات الحسية* [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]

تدبير العناية

- يجب أن تخضع كل حالات الحول الأنسي للمعالجة واستعادة الارتصاف العيني بشكل عاجل [III:A]
- توصف العدسات المصححة لأي سوء انكسار هام سريريا [I:A]
- إذا لم ينجح التصحيح البصري بتحقيق الارتصاف العيني، يستطب التصحيح الجراحي [III:A]
- البدء بمعالجة الغمش قبل الجراحة للتقليل من زاوية الحول أو لزيادة أرجحية تطور الرؤية بالعينين* [III:A]

الحول الوحشي [التقييم المبدي وعند المتابعة]

التقييم عند المتابعة

- إن التقييم الدوري ضروري حتى الوصول للنضوج* البصري [III:A]
- يمكن زيادة الفترة الفاصلة بين الفحوص إذا كان الحول ثابتاً [III:A]
- يتضمن التقييم القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين، تحمل* المعالجة (إذا كان هناك معالجة)، الفحص الروتيني واختبار الحركة العينية [III:A]

فواصل التقييم عند متابعة الحول الوحشي [III:A]

العمر (بالسنوات)	الفترة الفاصلة (بالأشهر)
1 - 0	3 - 6
5 - 1	6 - 12
5	12 - 24

ملاحظة: قد تكون الزيارات الأكثر تواتراً ضرورية إذا كانت المعالجة بالتغطية* قيد الاستعمال، أو عند حدوث تدهور حديث في الارتصاف العيني.

توعية وتعليم المريض

- مناقشة الموجودات مع المريض و/ أو الأهل / مسؤولي العناية* لتعزيز* فهم المرضى للاضطراب* وإشراكهم في خطة العلاج. [III:A]
- توضع خطط المعالجة بالتشاور مع المريض و/أو العائلة / مسؤولي العناية. [III:A]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليّة]

- الأعراض والعلامات العينية [III:A]
- القصة العينية (تاريخ البدء وتواتر ظهور الانحراف*، وجود أو غياب الشفع*) [III:A]
- القصة الجهازية (مراجعة العوامل الطبية قبل وحول وبعد الولادة) [III:A]
- القصة العائلية، وتتضمن وجود الحول*، الغمش*، جراحة على العضلات خارج العين، الأمراض الوراثية*. [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر [III:A]
- الارتصاف* العيني (للبعد والقرب) والحركية* العينية [III:A]
- وظيفة العضلات خارج العين [III:A]
- اكتشاف الرؤية* [III:A]
- الاختبارات الحسية* [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]

تدبير العناية

- يجب أن تخضع كل أشكال الحول الوحشي للمعالجة لإعادة الارتصاف العيني بأسرع ما يمكن إذا كان الانحراف يتظاهر في نسبة مئوية عالية من الوقت. [III:A]
- توصف العدسات المصححة لأي سوء انكسار هم سريرياً. [III:A]
- النماذج الأمثل من المعالجة ما تزال غير مثبتة تماماً.

الجراحة الإنكسارية القرنية [التقييم المبني وعند المتابعة]

- بالنسبة لعمليات الليزك غير المترافقة بمضاعفات*، يتم الفحص خلال 48 ساعة من الجراحة، وتكون الزيارة الثانية بعد 1 - 4 أسابيع، ومن ثم تحدد الزيارات حسبها هو ملائم [III:A]

توعية وتعليم المريض

- يجب مناقشة فوائد ومخاطر الإجراء المخطط له مع المريض. [III:A] تتضمن عناصر المناقشة ما يلي:

- مجال النتائج الإنكسارية المتوقعة
- سوء الانكسار* المتبقي
- التصحيح للقراءة و / أو البعد بعد العملية
- فقدان أفضل حدة بصرية مصححة*
- التأثيرات الجانبية* والمضاعفات (مثل: التهاب القرنية الجرثومي*، التهاب القرنية العقيم*، بروز القرنية*)
- تبدل في الوظيفة البصرية، والتي ليست بالضرورة أن تقاس بلوحة سنلن*، بما فيه سطوع* الضوء والرؤية في ظروف الإنارة المنخفضة
- احتمال أن تظهر أو تسوء أعراض الرؤية الليلية (السطوع، الهالات*)، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند المرضى ذوي خلل الانكسار* عالي الدرجة أو عند الأفراد الذين يتطلبون وظيفة بصرية عالية في ظروف الإنارة المنخفضة
- التأثير على الارتصاف العيني
- ظهور أو ازدياد شدة أعراض جفاف العين
- فوائد ومساوئ الرؤية الوحيدة* (بالنسبة للمرضى بعمر قصو البصر*)
- فوائد ومساوئ التسحيح* التقليدي* وكذلك الموجه بالمسار الموجي*
- فوائد ومساوئ الجراحة الإنكسارية القرنية ثنائية الجانب في نفس اليوم مقارنة مع تلك التي تجرى بالتوالي على كل عين على حدة. ونظراً لأن الرؤية قد تكون ضعيفة لبعض الوقت بعد جراحة قطع القرنية الإنكساري الضوئي* (PRK) ثنائية الجانب في نفس اليوم، يجب إعلام المريض أن بعض الفعاليات مثل قيادة السيارة قد لا تكون ممكنة لمدة أسابيع بعد الجراحة
- وضع خطط العناية بعد العمل الجراحي (ظروف العناية، مقدمي العناية)

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الوضع الحالي للوظيفة البصرية [III:A]
- القصة العينية [III:A]
- القصة الجهازية [III:A]
- الأدوية [III:A]

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر دون تصحيح [III:A]
- الانكسار الظاهري*، مع إرخاء المطابقة* عند الضرورة [III:A]
- تحليل طبوغرافية* القرنية* المحوسب* [III:A]
- قياس ثخانة القرنية المركزية [III:A]
- تقييم فلم الدمع [III:A]
- تقييم الحركية* والارتصاف* العيني [III:A]

تدبير العناية

- يوقف استعمال العدسات اللاصقة* قبل الفحص ما قبل الجراحة وقبل الجراحة [III:A]
- إعلام المريض بالمخاطر والفوائد الكامنة والخيارات البديلة بين الإجراءات الإنكسارية* المختلفة [III:A]
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة، يجب إعطاء المريض الفرصة للحصول على إجابات كافية عن كل أسئلته قبل الجراحة [III:A]
- يجب ألا تقل ثخانة السريير اللحمي* القرني المتبقي* بعد عملية الليزك* عن 250 ميكرون [III:A]
- التحقق من الأجهزة والأدوات ومعايرتها قبل العملية [III:A]
- يتحقق الجراح من هوية المريض، العين المجرأة عليها العملية، ومن صحة إدخال المعلومات والبيانات في الكمبيوتر الملحق بجهاز ليزر الإكزيمر* [III:A]

العناية بعد العمل الجراحي

- يعد الجراح مسؤولاً عن التدبير بعد الجراحة [III:A]
- بالنسبة للعمليات التي تستخدم تقنية التسحيح السطحي*، يتم الفحص في اليوم التالي للجراحة ثم كل 2 - 3 أيام حتى اكتمال التئام الظهارة [III:A]

ملحق /1/

المرادفات الإنكليزية للتعبير والمصطلحات الواردة في الترجمة العربية

Keratectasia: بروز القرنية:	أ
Predominantly بشكل سائد:	Floater: أجسام سباحة:
Operculated بشكل غطاء:	Fatty acids: أحماض دهنية:
Bulbar بصليية:	Endocrinologist: أخصائي الغدد الصم:
Iridotomy بضع قزحية:	Infiltrate: ارتشاح:
Capsulotomy بضع محفظة:	Alignment: ارتصاف:
Endothelium بطانة:	Allergy: أرج:
Glaukomflecken بقع زرقية:	Allergic: أرجية:
Pseudophakic بلورة كاذبة:	Indications: استطبابات:
structural بنيوية:	Autologous: إسوي:
Focal بؤر:	Injury: إصابة:
Genitourinary بولية تناسلية:	Artificial: اصطناعية:
ت	Minimal: أصغري:
Atopy: تآتب:	Disorder/Abnormality: اضطراب:
Atopic: تآتبية:	Reinforce: إعادة تعزيز:
Side effects/ Adverse effects: تأثيرات جانبية:	Retinopathy: اعتلال الشبكية:
Refractive lens exchange: تبديل البلورة الإنكساري:	Proliferative Diabetic: اعتلال الشبكية السكري التكاثري:
Hyperemia: تبيغ:	Retinopathy: اعتلال الشبكية:
Fixation: تثبيث:	Lymphadenopathy: اعتلال العقد اللمفاوية:
Controlled trial: تجارب ذات شاهد:	Transplant: اغتراس:
Empiric: تجريبية:	Best-corrected Visual: أفضل حدة بصرية مصححة:
Cavities: تجوف:	Acuity: كزيمية:
Subfoveal: تحت نقرة:	Eczema: إكزيم:
Gazing: تحديق:	Excimer: أكسيد النتروز:
Computer-based image analysis: تحليل صورة بواسطة الكمبيوتر:	Nitrous oxide: أكسيد النتروز:
Topography: تحليل طبوغرافية:	Synechiae: التصاقات:
Tolerance: تحمل:	Endophthalmitis: التهاب باطن العين:
Photocoagulation: تخثير ضوئي:	Blepharitis: التهاب حواف الأجاج:
Thermal laser: تخثير ضوئي حراري بالليزر:	Meibomianitis: التهاب غدد ميبوميوس:
photocoagulation: تخثير ضوئي لكامل الشبكية:	Bacterial keratitis: التهاب قرنية جرثومي:
Panretinal photocoagulation: تخثير ضوئي لكامل الشبكية:	Hepatitis: التهاب كبد:
Ultrasonography: تخطيط الصدى:	Rheumatoid arthritis: التهاب مفاصل رثياني:
Second-hand smoke: تدخين سلبي:	Conjunctivitis: التهاب ملتحمة:
Indicated: تستطب:	Keratoconjunctivitis: التهاب ملتحمة وقرنية:
Ablation: تسحيح:	Inflammatory: التهابي:
Surface ablation: تسحيح سطحي:	Trigeminal neuralgia: ألم عصبي لمتألت التوائم:
Leakage: تسرب:	Preauricular: أمام الأذن:
Diagnostic: تشخيصية:	Extent: امتداد:
Immunodiagnostic: تشخيصية مناعية:	Amoebic: أميبي:
Radiation: تشعيع:	Deviation: انحراف:
Metamorphopsia: تشوه المرنيات:	Prognosis: إنذار:
Over-the-counter: تصرف من دون وصفة طبية:	Ptosis: انسداد:
Scleroderma: تصلب الجلد:	Aniridia: انعدام القرحية:
Trabeculoplasty: تصنيع التريبق:	Detachment: انفصال:
Stereophotography: تصوير مجسم:	Retinal detachment: انفصال شبكية:
Optical coherence tomography: تصوير مقطعي بصري:	Refraction: إنكسار:
Angiography: تصوير وعائي:	Refractive: إنكساري:
Enhancement: تعزيز:	Keratorefractive: إنكساري قرني:
Patching: تغطية:	Eyelashes: أهداب:
Scleral depression: تفريض الصلبة:	Primary: أولي:
Cup-to-Disc: تقعر إلى قرص:	Gram-positive: إيجابية الغرام:
Classical/Conventional: تقليدي:	ب
Suppuration: تقيح:	Parkinson: باركنسون:
	Chalazion: بردة:

pemphigoid Mucous membrane: داء فقاعاني غشائي مخاطي
Cohort: دراسات تحليلية
Case: دراسات تحليلية رجعية لحالات سريرية مع شاهد
control analytical studies
Shield: درع
Nasolacrimal: دمعية أنفية

ذ
Systemic lupus erythematosus: ذئبة حمامية جهازية
Melting: ذوبان

ر
Blepharoplasty: رأب أشفان
Keratoplasty: رأب قرنية
Nystagmus: رأفة
Asthma: ربو
Fornix: رتج
Forniceal: رتجية
Traumatic: رضوي
Moisture: رطوبة
Tarsorrhaphy: رفو الأشفان
Photophobia: رهاب الضوء
Binocularity: رؤية بالعينين
Monovision: رؤية وحيدة
Retinoids: ريتينويدات

ز
Vitreous: زجاجي
Culture: زرع
Glaucoma: زرق

س
Visual field: ساحة بصرية
Cataract: ساد
Sarcoidosis: ساركويد
Corticosteroids: ستيروئيدات قشرية
Stevens-Johnson: ستيفن جونسون
Plug: سدادة
Carcinoma: سرطانة
Sebaceous cell carcinoma: سرطانة زهمية الخلايا
Stromal bed: سرير لحمي
Clinical: سريرية
Ocular surface: سطح العين
Vitreoretinal interface: سطح فاصل بين الشبكية والزجاجي
Glare: سطوع
Gram-negative: سلبيه الغرام
Toxicity: سمية
Menopause: سن الإياس
Snellen: سنلن
refractive error: سوء انكسار
Dysfunction: سوء وظيفة

ش
Agonists: شادات
Grid: شبكة
Amsler grid: شبكة أمسler
Retina: شبكية
Ectropion: شتر خارجي
Entropion: شتر داخلي
Lipid: شحميات
Severe: شديد
Abnormalities: شذوذات

Hypopyon: تقيح الغرفة الأمامية
Evaluation: تقييم
Choroidal Neovascularization: تكون الأوعية الحديث المشيماني
Fibrosis: تليف
tear: تمزق

Dialyses: تمزقات شبكية محيطية
Syneresis: تميع
Biomicroscopy: تنظير حيوي
Stereo biomicroscopy: تنظير حيوي مجسم
Gonioscopy: تنظير زاوية
Retinoscopy: تنظير شبكية
Funduscopy examination: تنظير قعر العين
Indirect ophthalmoscopy: تنظير قعر العين اللامباشر
Stereoscopic visualization/ Stereoscopic examination: تنظير مجسم

تتكس: تنكس
Lattice degeneration: تنكس شبكي
Age-related Macular Degeneration: تنكس لطخة مرتبط بالعمر
Irritation: تهيج
Swelling: تورم

ث
Hole: ثقب
Pinhole: ثقب ضيق

ج
Proptosis: جحوظ
Filtering surgery: جراحة راشحة
Dose: جرعة
Loading dose: جرعة تحميل
Systemic: جهازية
Sjögren: جوغرن

ح
Acute: حاد
Mucolytic: حالة للمخاط
Orbit: حجاج
acuity: حدة
Stereoaucuity: حدة الرؤية المجسمة
Pupil: حدقة
Motility: حركية
Myopia: حسر البصر
Sensory: حسية
Itching: حكة

Herpes zoster ophthalmicus: حلاً نطاقي عيني
Pregnancy: حمل
Limbus: حوف
Strabismus: حول
Esotropia: حول أنسي
Exotropia: حول وحشي

خ
Biopsy: خزعة
Hemoglobin: خضاب
Occult: خفي
Mild: خفيف
Mast-cells: خلايا بدينة
Ametropia: خلل انكسار
Infection: خمج
Infectious: خمجي

د

فوق بنفسجية: Ultraviolet
فيروس الحلاّ البسيط: Herpes simplex virus
فيروس الحماق وداء المنطقة: Varicella zoster virus
فيروس عوز المناعة المكتسب: Human immunodeficiency virus
فيروسات غدية: Adenovirus

ق

قابل للتمدد: Expansile
قحفية: Cranial
قرحة: Ulcer
قرص بصري: Optic disc
قرنية: Cornea
قزحية: Iris
قصو البصر: Presbyopia
قصور: Failure
قطب خلفي: Posterior pole
قطع القرنية الإنكساري الضوئي: PRK
قعر العين: Fundus
قمل: Pediculosis
قنبيات: Canaliculi

ك

كثافة: Opacification
كشاطة: Scraping
كمادات دافئة: Warm compresses
كولنرجية: Cholinergic
كيسة: Cyst
كيسية: Microcystic

ل

لا عرضي: Asymptomatic
لحمة: Stroma
لطاخة: Smear
لطاخة: Macula
لمفوما: Lymphoma
ليزك: LASIK

م

مبعثر: Scatter
متبقي: Residual
متدثرات: Chlamydia
متدثرات حثرية: Chlamydia trachomatis
متراجع: Involved
متصل: Attached
متقطرات: Mycobacteria
متلازمة: Syndrome
متوسط الانحراف المعياري للتموج: Mean Pattern Standard Deviation
مثبتات: Stabilizers
محدث بالبلورة: Lens-induced
محواسب: Computerized
مخاطية: Mucosal
مخموج: Infected
مد البصر: Hyperopia
مدرات: Diuretics
مراهقة: Teenage
مرهم: Ointment
مستوى قاعدي: Baseline
مسؤول العناية: Caregiver
مصباح شقي: Slit-lamp
مصطبغة: Pigmented

شعرية: Capillary
شفع: Diplopia
شق: Break
شق شبكي: Retinal break
شقيقة: Incisional
شلل بل: Bell palsy

ص

صاد: Antibiotic
صباغ: Pigment
صلية: Sclera
صيانة: Maintenance

ض

ضادات: Antagonists
ضادات مستقبلات بيتا الأدرنرجية: Beta-adrenergic antagonists
ضمور: Atrophy
ضموري: Atrophic

ط

طبقة الألياف العصبية الشبكية: Retinal Nerve Fiber layer
طبيب مختص بالمرضيات: Pathologist
طعم ضد مضيف: Graft-versus-host

ظ

ظاهري: Manifest
ظفرية: Tarsal
ظهارة شبكية صباغية: Retinal Pigment Epithelium

ع

عاتمة: Opaque
عالي الخطورة: High-risk
عتبة: Threshold
عدسة: Lens
عدسة داخل العين: IOL
عدسة لاصقة: Contact lens
عرضي: Symptomatic
عسر تبول: Dysuria
عصب بصري: Optic nerve
عصية: Rod
عضوية: Organism
عقاب: Penalization
عقلية: Mental
عقيم: Sterile
عناية بصحة الأجنان: Eyelid hygiene
عوامل مضادة لعامل النمو البطاني الوعائي: Anti-vascular endothelial growth factor agents
عينة ذات توزيع عشوائي وذات شاهد: Randomized controlled trial

غ

غدد ميبوميوس: Meibomian gland
غمش: Amblyopia
غير سلية: Nontuberculous

ف

فحص خلوي: Cytology
فحص مجسم: Stereoscopic examination
فطر ضغط الدم: Hypertension
فطري: Fungal
فعالية: Effectiveness

ندبة: Scar
نزف: Hemorrhage
نضوج: maturity
نعل الفرس: Horseshoe
نقاط: Puncta
نقي العظم: Bone marrow
نوكارديا: Nocardia

هـ

هالات: Haloes
هلام: Gel

و

واقعية: Realistic
وذمة: Edema
وذمة اللوحة الهامة سريريا: Clinically Significant
Macular Edema
وراثية: Genetic
وردية: Rosacea
وليدي: Neonatal

ي

يوتق: Document

مصل: Serum
مضاد استطباب: Contraindicated
مضاد للكولين: Anticholinergic
مضادات اكتئاب: Antidepressants
مضادة للالتهاب: Anti-inflammatory
مضادة للانظميات: Antiarrhythmic
مضادة للهستامين: Antihistamine
مضاعفات: Complications
مطاوعة: Compliance
مع إرخاء المطابقة: Cycloplegic
معالجة ضوئية دينمية: Photodynamic Therapy
معالجة كيميائية: Chemotherapy
معتدل: Moderate
مفترض: Presumed
مفرزات: Discharge
مقاومة: Resistant
مقبضات الأوعية: Vasoconstrictor
مكملات: Supplements
مكورة: Coccus
مكورة بنية: Gonococcus
مكورة عنقودية: Staphylococcus
مكورة معوية: Enterococcus
ملتحمة: Conjunctiva
ملحقات: Adnexae
منطقية: Regional
منظار قعر العين المباشر: Direct ophthalmoscope
منعكس أحمر: Red reflex
وجه بالمسار الموجي: Wavefront-guided
موجودات: Findings
مؤرج: Allergen
موضعي: Local

ن

ناكس: Recurrent
نايسيريات بنية: Neisseria gonorrhoeae
نتج: Exudation
نتحة: Exudate

ملحق /2/

المختصرات الإنكليزية الواردة في النص

AMD: Age-related Macular Degeneration

AREDS: Age-Related Eye Disease Study

BCVA: Best-corrected Visual Acuity

CNV: Choroidal Neovascularization

CSME: Clinically Significant Macular Edema

FAZ: Foveal Avascular Zone

IOL: Intra-ocular Lens

LASIK: Laser assisted in situ keratomileusis

MPS: Macular Photocoagulation Study

Nd:YAG: Neodymium: Yttrium Aluminium Garnet

NPDR: Non-Proliferative Diabetic Retinopathy

PDR: Proliferative Diabetic Retinopathy

PDT: Photodynamic Therapy

PRK: Photorefractive Keratectomy

PVD: Posterior Vitreous Detachment

RPE: Retinal Pigment Epithelium

TAP: Treatment of Age-related macular degeneration with Photodynamic therapy

VIP: Verteporfin in Photodynamic therapy

ملاحظة: تمت الترجمة بالإعتماد على المعجم الطبي الموحد و قاموس المورد