



ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

مقدمة :

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.

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 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 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 تتصل 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

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 متعَدّد مع أو دون تداخل.

● 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).

التهاب القرنية الجرثومي [التقييم المبني]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض العينية (درجة الألم والاحمرار والتفريغ والرؤيا غير الواضحة ورهاب الضوء ومدة الأعراض والظروف المحيطة ببدء الأعراض) (III, GQ, SR)
- قصة لاستعمال العدسات اللاصقة (جدول الارتداء أو الارتداء الليلي أو نوع العدسات اللاصقة أو محلول العدسات اللاصقة أو بروتوكول الصحة للعدسات اللاصقة أو غسل العدسات اللاصقة بماء الصنبور أو السباحة أو استخدام حوض استحمام أو الاستحمام أثناء ارتداء عدسات لاصقة) (II+, GQ, SR)
- مراجعة للقصة العينية من النواحي الأخرى (بما في ذلك عوامل الخطر مثل طبقات فيروسات الحلأ البسيط وطبقات فيروسات الجدري المائي والتهاب القرنية البكتيري السابق والصدمة وجفاف العين وجراحة العين السابقة، بما في ذلك الجراحة الانكسارية) (III, GQ, SR)
- مراجعة للمشاكل الطبية الأخرى (III, GQ, SR)
- الأدوية العينية المستعملة حالياً أو مؤخراً (III, GQ, SR)
- الحساسية للأدوية (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر (III, GQ, SR)
- المظهر العام للمريض، بما في ذلك حالات الجلد (III, GQ, SR)
- فحص الوجه (III, GQ, SR)
- الوضع العام (III, GQ, SR)
- الأجفان والإغلاق الجفني (III, GQ, SR)
- الملتحمة* (III, GQ, SR)
- الجهاز الأنفي الدمعي* (III, GQ, SR)
- الحس القرني (III, GQ, SR)
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* (III, GQ, SR)
- حواف الأجفان (III, GQ, SR)
- الملتحمة (III, GQ, SR)
- الصلبة* (III, GQ, SR)
- القرنية* (III, GQ, SR)
- الغرفة الأمامية لعمق الالتهاب وظهوره، بما في ذلك الخلية والالتهاب والغمير القبحي والفابرين والغمير الدموي (III, GQ, SR)
- الزجاجي الأمامي (III, GQ, SR)
- العين الأخرى لمؤشرات المرض بالإضافة إلى مرض مشابه سابق محتمل (III, GQ, SR)

الفحوص التشخيصية

- تدبر الغالبية العظمى من الحالات المكتسبة بالعدوى بالمعالجة التجريبية* من دون أخذ لطاخات* أو الزرع* (III, IQ, DR)

• الاستطابات لأخذ لطاخات أو الزرع:

- التهاب القرنية الشديد أو المهدد للرؤية مع الشك بالمنتشأ الجرثومي للالتهاب قبل بدء المعالجة (III, IQ, DR)
- الارتشاح* القرني الواسع المركزي الذي يمتد للحممة* المتوسطة إلى العميقة (III, IQ, DR)
- الطبيعة المزمنة للالتهاب (III, IQ, DR)
- عدم الاستجابة للمعالجة بالصادات واسعة الطيف (III, IQ, DR)
- المظهر السريري الذي قد يدل على التهاب القرنية الفطري*، أو الأميبي*، أو بالمتفطرات* (III, IQ, DR)
- 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, IQ, DR)
- يجب أن توضع الكشطات* القرنية التي تؤخذ بهدف الزرع في الأوساط الملائمة للزرع مباشرة لتعزيز فرص نجاح الزرع. (III, IQ, DR) وإذا كان ذلك غير ممكناً، توضع العينات في أوساط خاصة عند نقلها. (III, IQ, DR) وفي كل الحالات، يتم حضن الزروع مباشرة أو تؤخذ مباشرة للمختبر (III, GQ, SR)

تدبير العناية

- قطرات الصادات الموضعية هي الطريقة المفضلة في معظم الحالات (III, GQ, SR)
- تستعمل الصادات الموضعية واسعة الطيف في البداية في المعالجة التجريبية للالتهاب القرني الجرثومي المفترض* (III, IQ, DR)
- في حالات التهاب القرنية الشديد أو المركزي (مثال: إصابة في اللحمية العميقة أو ارتشاح بقطر أكبر من 2 مم مع تقيح* واسع)، تستعمل جرعة تحميل* (مثال: كل 5-15 دقيقة في أول 30 إلى 60 دقيقة)، تتبع باستعمال متعدد (مثال: كل 30 دقيقة حتى 1 ساعة على مدار الساعة). (III, IQ, DR) أما في حالات التهاب القرنية الأقل شدة، يكون استعمال القطرات بتواتر أقل مناسباً. (III, IQ, DR)
- تستعمل المعالجة الجهازية في التهاب القرنية بالمكورات البنية* (III, IQ, DR)
- بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعالجون بالستيروئيدات القشرية* العينية الموضعية عند المراجعة بشك وجود التهاب قرني جرثومي، يتم إيقاف أو تخفيف الستيروئيدات القشرية حتى تتم السيطرة على الخمج* (III, GQ, SR)
- 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, IQ, DR) يجب الاستمرار باستعمال الصادات الموضعية بسويات عالية ثم التخفيف التدريجي (III, IQ, DR)
- يتم فحص المرضى خلال 1-2 يوم بعد بدء المعالجة بالستيروئيدات القشرية الموضعية (III, IQ, DR)

التهاب القرنية الجرثومي [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

توعية وتعليم المريض

- مناقشة احتمال فقد الرؤية الدائم والحاجة للتأهيل البصري في المستقبل (III, GQ, SR)
- توعية وتعليم مرضى العدسات اللاصقة* حول زيادة خطر الخمج لديهم، ولاسيما عند ارتداء العدسات أثناء النوم، وأهمية الالتزام بتقنيات العناية الصحية بالعدسات اللاصقة (II+, GQ, SR)
- إحالة المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى إلى التأهيل البصري إذا كانوا غير مؤهلين للجراحة (انظر www.aao.org/smart-sight-low-vision)
- إبلاغ المرضى الذين لديهم عوامل خطورة مؤهبة لالتهاب القرنية الجرثومي حول الخطر النسبي لديهم، وكذلك حول علامات وأعراض الخمج*، وضرورة مراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أي من تلك العلامات والأعراض (III, GQ, SR)
- التوعية حول الطبيعة المخربة لالتهاب القرنية الجرثومي والحاجة للالتزام الصارم بالمعالجة (III, GQ, SR)

معالجة التهاب القرنية الجرثومي بالصادات*

الجرعة* تحت الملتحمة*	التركيز الموضعي	الصاد	العضوية* المسببة
100 مغ في 0.5 مل 20 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل 9 – 14 مغ / مل متنوعة†	Cefazolin مع Tobramycin أو Gentamycin أو Fluoroquinolone X	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 X	المكورات* إيجابية الغرام*
20 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل	9 – 14 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 ^s
20 مغ في 0.5 مل	20 – 40 مغ / مل 10 مغ / مل 10 مغ / مل متنوعة†	Amikacin Clarithromycin Azithromycin ¶ Fluoroquinolones	المنغطرات* غير السلبية*
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	

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

† *besifloxacin* 6 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 العقودية* والمكورات المعوية* المقاومة* وفي حال الحساسية للبندولين. 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*.

¶ 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]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض والعلامات العينية (الاحمرار والحساسية والحروق والدماع والحكة وقشرة الرموش والتصاق الجفن وحساسية ضد العدسات اللاصقة ورهاب الضوء وتكرار الوميض الزائد) (III, GQ, SR)
- التوقيت من اليوم الذي تكون فيه الأعراض أسوأ
- فترة استمرار الأعراض
- التظاهر وحيد أو ثنائي الجانب
- الظروف التي تزيد من شدة الأعراض (مثال: التدخين، المؤرجات*، الرياح، العدسات اللاصقة*، الرطوبة القليلة، الريتنويد*، العادات الغذائية واستهلاك الكحول، مستحضرات التجميل حول العين)
- الأعراض المتعلقة بالأمراض الجهازية (مثال: الوردية*، الأرج*) (III, IQ, DR)
- الأدوية الجهازية والموضعية السابقة والحالية (مضادات الهيستامين أو الأدوية ذات الآثار المضادة للكولين أو الأدوية المستخدمة في السابق التي قد تحتوي على تأثير على سطح العين [مثل أيزوترينوين]) (III, GQ, SR)
- التعرض الحديث لشخص مخموج* (مثال: قمار الجفن*)
- القصة العينية (مثال: الجراحة السابقة داخل العين أو في الأجفان، الرضوض الموضعية* سواء الميكانيكية، أو الحرارية، أو الكيميائية، والأذية الإشعاعية وقصة عملية جراحة الأجفان التجميلية وقصة الشعيرات و/أو البردة) (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر (III, GQ, SR)
- الفحص الخارجي
- الجلد (III, GQ, SR)
- الأجفان (III, GQ, SR)
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - فلم الدمع (III, GQ, SR)
 - حواف الأجفان الأمامية (III, GQ, SR)
 - الأهداب* (III, GQ, SR)
 - حواف الأجفان الخلفية (III, GQ, SR)
 - الملتحمة* الظفرية (الحواجب المشنقة)* (III, GQ, SR)
 - الملتحمة البصلية* (III, GQ, SR)
 - القرنية* (III, GQ, SR)

الفحوص التشخيصية

- قد يستطب* الزرع* بالنسبة لمرضى التهاب حواف الأجفان

- الأمامي الناكس* مع التهاب شديد، إضافة للمرضى الذين لا يستجيبون للمعالجة (III, IQ, DR)
- قد تستطب خزعة* الأجفان لاستبعاد احتمال السرطانة* عند وجود عدم تناظر ملحوظ، أو مقاومة للمعالجة، أو برودة* ناكسة في نفس المكان دون استجابة جيدة للمعالجة (III, IQ, DR)
- يجب استشارة الطبيب المختص بالمرضيات* قبل أخذ الخزعة عند الشك بالسرطانة زهمية الخلايا* (III, GQ, SR)

تدبير العناية

- يعالج مرضى التهاب حواف الأجفان في البداية بالكدمات الدافئة* مع العناية بصحة الأجفان* (III, IQ, DR)
- يمكن وصف صاد* موضعي مثل bacitracin أو erythromycin حيث تستعمل مرة واحدة في اليوم أو أكثر أو قبل النوم لمدة أسبوع أو أكثر (III, IQ, DR)
- بالنسبة للمرضى المصابين بسوء وظيفة* غدد ميبوميوس* والذين لديهم أعراض وعلامات مزمنة غير مضبوطة بشكل مناسب عن طريق العناية بصحة الأجفان، يمكن استعمال tetracyclines الفموي والصادات الموضعية (I-, MQ, DR)
- 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, GQ, SR)

التقييم عند المتابعة

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

توعية وتعليم المريض

- إعلام المرضى بما يخص الطبيعة المزمنة والناكسة لسير المرض (III, GQ, SR)
- إعلام المرضى بأن الأعراض كثيراً ما تتحسن، لكنها نادراً ما تنتهي (III, GQ, SR)
- يجب إحالة المرضى المصابين بأفة التهابية في الجفن والمثيرة للشك بوجود خباثة* إلى الأخصائي المناسب (III, GQ, SR)

التهابات الملتحمة [التقييم المبدي]

- حواف الأجفان (التضخم والقرحة والتفريغ والدرن أو الحويصلات وفقر الدم والتقرن) (III, IQ, DR)
- الأهداب (تساقط الرموش والقشرة وقشرة الرأس والقمل الصغير والقمل والشعرة) * (III, IQ, DR)
- النقاط* والقنبيات* الدمعية (III, IQ, DR)
- الملتحمة الظفرية* والرتجية* (III, IQ, DR)
- الملتحمة البصلية* / الحوف(الحويصلات والوذمة والدرن ووذمة الملتحمة والرخاوة والحليمات والقرحة والتندب والنيفطة والنزوف الشظوية والمادة الخارجية والتقرن)* (III, IQ, DR)
- القرنية* (III, IQ, DR)
- الغرفة الأمامية / القرحة (تفاعل الالتهاب والتساقات القرحة وعيوب التصوء)* (III, IQ, DR)
- نموذج التلون الصباغي (الملتحمة والقرنية) (III, IQ, DR)

الفحوص التشخيصية

- يستطب أخذ العينات للزرع* ولطاخات* للفحص الخلوي* والتلون بملونات خاصة عند الشك بالتهاب الملتحمة الخمجي* الوليدي* (II-, IQ, DR)
- يوصى بالطاخات من أجل الفحص الخلوي والتلون الخاص فيحالات الشك بالتهاب الملتحمة بالمكورات البنية* (II-, IQ, DR)
- يثبت تشخيص التهاب الملتحمة بالمتنثرات* الوليدي ولدى البالغين بواسطة الاختبارات التشخيصية المناعية* و / أو الزرع.
- تؤخذ خزعة* من الملتحمة البصلية من منطقة غير مصابة قرب الحوف من العين المصابة بالالتهاب الفعال عند الشك بالداء الفقاعاني الغشائي المخاطي العيني* (II-, IQ, DR)
- يستطب أخذ خزعة كاملة السماكة من الجفن عند الشك بالسرطانة الزهمية* (III, IQ, DR)
- قد يساعد التنظير المستقطب* في تقييم بعض أشكال التهاب الملتحمة (مثال: التآبي*، التهاب الملتحمة والقرنية* اللمي* العلوي (SLK)) (II-, MQ, DR)
- تستطب اختبارات وظيفة الدرق عند المرضى المصابين بـ SLK والذين ليس لديهم داء درقي معروف (III, IQ, DR)

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- الأعراض والعلامات العينية (مثال: حكة*، مفرزات*، تهيج*، ألم، رهاب الضوء*، تشويش في الرؤية)
- فترة استمرار الأعراض وامتدادها الزمني
- العوامل التي تزيد من شدة الأعراض
- التظاهر وحيد أو ثنائي الجانب
- نمط المفرزات
- التعرض الحديث لشخص مخموج*
- الرضوض (ميكانيكية، كيميائية، بالأشعة فوق البنفسجية*)
- استخراج المخاط*
- ارتداء العدسات اللاصقة* (نمط العدسة، كيفية العناية الصحية بالعدسة ونظام استعمالها)
- الأعراض والعلامات التي قد تكون متعلقة بالأمراض الجهازية (مثال: المفرزات البولية التناسلية*، عسر التبول*، عسر البلع*، خمج* الطريق التنفسي العلوي، الإفات الجلدية والمخاطية*)

- الأرج*، الربو*، الإكزيمة*
- استعمال الأدوية الموضعية والجهازية
- القصة العينية (مثال: هجمات سابقة من التهابات الملتحمة وجراحات عينية سابقة)
- اضطرابات الحالة المناعية
- الأمراض الجهازية السابقة والحالية
- القصة الاجتماعية (مثال: التدخين المهنة والهوايات السفر الفعالية الجنسية)

الفحص الفيزيائي المبدي

- حدة* البصر (III, IQ, DR)
- الفحص الخارجي (III, IQ, DR)
- الجلد (علامات الوردية والإكزيما والمنث) (III, IQ, DR)
- شذوذات الأجفان والملحقات (التورم والنسول وسوء التوضع والارتخاء والقرحة والدرن وكدمات العين وتكون الأورام الخبيثة)* (III, IQ, DR)
- الملتحمة (نمط الحقن والنزيف أسفل الملتحمة ووذمة الملتحمة والتغير الندي والالتصاق الملتحمي والتجمعات والتفريغ)* (III, IQ, DR)
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* (III, IQ, DR)

التهابات الملتحمة [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

- تجنب الاستعمال العشوائي للصادات* أو الستيروئيدات القشرية* الموضوعية، لأن الصادات قد تسبب سمية، والستيروئيدات القشرية من المحتمل أن تطيل أمد الخمج بالفيروسات الغدية* وتسيء للخمج بفيروس الحلأ البسيط* (III, GQ, SR)

التقييم عند المتابعة

- يجب أن تتضمن زيارات المتابعة
- القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين (III, IQ, DR)
- حدة البصر (III, IQ, DR)
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي (III, IQ, DR)
- إذا كانت الستيروئيدات القشرية قيد الاستعمال، وجب إجراء قياس دوري لضغط العين، وكذلك توسيع الحدقة لتقييم حدوث الساد* والزرق* (III, IQ, DR)

توعية وتعليم المريض

- توجيه المرضى المصابين بأشكال معدية من المرض لتقليل أو منع انتشار المرض في المجتمع (III, IQ, DR)
 - إبلاغ المرضى الذين قد يحتاجون علاجاً قصير الأمد متكرراً بالستيروئيدات القشرية الموضوعية بالمضاعفات* المحتملة لاستعمال الستيروئيدات القشرية
 - نصح مرضى التهابات الملتحمة الأرجية بأن الغسل المتواتر للملابس والاستحمام قبل النوم قد يكونان مفيدتين (III, IQ, DR)
- يجب إيقاف استعمال العدسات اللاصقة في حالات التهاب الملتحمة والقرنية* المحدث بالعدسات لمدة أسبوعين أو أكثر (III, IQ, DR)
 - إذا استطب استعمال الستيروئيدات القشرية، وجب استعمال الأقل كموناً وتواتراً بالاعتماد على استجابة المريض وتحمله (III, IQ, DR)
 - إذا كانت الستيروئيدات قيد الاستعمال، وجب قياس المستوى القاعدي* لضغط العين ثم دورياً وإجراء توسيع الحدقة (III, IQ, DR)
 - تستعمل الصادات الجهازية لعلاج التهاب الملتحمة الناجم عن النايسريات البنية* والمتثرات الحثرية* (III, IQ, DR)
 - عندما يكون التهاب الملتحمة مترافقاً مع مرض ينتقل بطريق الجنس، يعالج الشركاء الجنسيون لتقليل خطر النكس وانتشار المرض، كما يجب إحالة المرضى وشركائهم الجنسيين إلى

بروز القرنية [التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- بدء الداء وسيره
- انخفاض الرؤية
- القصة العينية، الطبية والعائلية

الفحص الفيزيائي المبني

- تقييم الوظيفة البصرية
- الفحص الخارجي
 - تبارز القرنية*
 - جلد الأحفان وحول الحجاج*
 - التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - وجود، امتداد وموقع الترقق* أو التبارز القرني
 - مؤشر لجراحة عينية سابقة
 - وجود خطوط فوكت*، أعصاب قرنية بارزة*، حلقة فلايشر* أو ترسب حديد آخر
 - دليل على تندب قرني أو استسقاء* سابق، ووجود أعصاب قرنية بارزة
 - قياس ضغط العين (III, IQ, DR)
 - فحص قعر العين: تقييم وجود بقعة داكنة في المنعكس الأحمر، ووجود تنكسات شبكية* في الشبكية (III, IQ, DR)

بروز القرنية، القرنية الشفافة، وعدم تحمل* العدسة اللاصقة (II-, MQ, DR)

- قد يحسن تشبيك* الكولاجين* صلابه* القرنية عبر زيادة الروابط بين الألياف
- يلجأ إلى راب القرنية* الصفيحي* باستخدام تقنية راب القرنية الصفيحي الأمامي العميق (DALK) عند القرنية المخروطية المتقدمة بدون تندب مهم أو استسقاء*. (II+,, MQ, DR)
- يعتبر راب القرنية الصفيحي الهلالي* خياراً عندما يكون الترقق الأعظمي في محيط القرنية (III, IQ, DR)
- يمكن تدبير الترقق والبروز المحيطي بإجراء صفيحي غير مركزي معياري* بهدف الدعم البنائي*، متبوعاً براب قرنية ثاقب* مركزي لاحقاً (III, IQ, DR)
- يستطب راب القرنية الثاقب عندما لا يتمكن المريض من بلوغ رؤية وظيفية* بالنظارات أو العدسات اللاصقة، أو عندما تحدث وذمة قرنية مستمرة بشكل تالي للاستسقاء (III, IQ, DR). لا يمكن لرأب القرنية البطني* بتجريد ديسميته* تصحيح اضطراب بروز القرنية (III, IQ, DR)
- يفضل راب القرنية الثاقب على DALK في حالات تندب اللحمة العميق (III, IQ, DR)
- يمكن إجراء طعم صفيحي من أجل الدعم البنائي عندما يحدث البروز في المحيط البعيد للقرنية (III, IQ, DR)

التقييم عند المتابعة

- يوجه تقييم المتابعة وفواصل الزيارة بحسب العلاج وتطور الداء (III, IQ, DR)
- يوصى بالمتابعة السنوية لحالات البروز إلا إذا كان لدى المريض تبدلات مهمة في الوظيفة البصرية (III, IQ, DR)
- يجب توعية المرضى حول العلامات المنذرة بالفرض* وأنه يجب اللجوء للمساعدة الطبية فوراً عند حدوث الأعراض. (III, GQ, SR)
- يجب أن ينتبه الممارس لموجودات التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* المشيرة للفرض الظهاري*، اللحمي*، والبطني (III, GQ, SR)

المشورة* والإحالة*

- عندما لا يمكن بالمعالجة الطبية بالنظارات و/أو العدسات اللاصقة تحسين الوظيفة البصرية، تستطب الإحالة إلى طبيب العيون متدرب على المعالجات الجراحية لبروز القرنية (III, GQ, SR)
- قد يحتاج المرضى الذين لديهم قصة تحسس وتأتب* إلى إحالة إلى طبيب الجلدية أو طبيب الحساسية* (III, GQ, SR)
- قد يكون التدبير الأمثل للمرضى المصابين بداء الجفن المرن* عن طريق أخصائي راب العيون* وقد يحتاج الأمر إلى إحالات إلى الأخصائيين الطبيين الآخرين (III, GQ, SR)

الفحوص التشخيصية

- قياس القرنية* (II+, MQ, DR)
- تحليل طبوغرافية القرنية* (II-, MQ, SR)
- خريطة قوة الانكسار الطبوغرافية*
- خريطة الارتفاع الطبوغرافية* (II+, MQ, DR)
- قياس سماكة* القرنية (II+,, GQ, SR)

تدبير العناية

- تصمم المعالجة لكل مريض بمفرده، تبعاً لانخفاض الرؤية وخيار/خيارات المعالجة
- يمكن تصحيح البصر بالنظارات، لكن قد يتطلب الأمر العدسات اللاصقة عند ترقق القرنية المخروطية*
- قد تخفي العدسات اللاصقة القاسية* النفوذة للغاز* عدم الانتظام* القرني. توفر العدسات اللاصقة الهجينة* الجديدة نفوذية عالية للأوكسجين وقوة ارتباط أكبر لـ قاسية نفوذة للغاز/هلام مائي*. قد تستخدم العدسات اللاصقة الخلفية* في حالات التندب القرني أو المخروط غير المركزي*. قد تستطب العدسات الصلبة عند فشل العدسات اللاصقة القاسية النفوذة للغاز و/أو الهجينة
- زرع الأجزاء الدائرية القرنية داخل اللحمة* قد يحسن تحمل العدسة اللاصقة وأفضل قدرة بصرية مصححة عند مرضى

وذمة وكثافة القرنية [التقييم المبدي]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- الأعراض: عدم وضوح أو تبدل الرؤية؛ رهاب الضوء*؛ الاحمرار؛ الدماغ*؛ إحساس متقطع بجسم أجنبي؛ الألم
 - زمن البدء
 - سرعة البدء
 - الاستمرارية
 - التظاهر الوحيد أو الثنائي الجانب
 - العوامل المعدلة، مثل تحسن الرؤية المرتبط بالعوامل المحيطة*
 - القصة العينية والطبية السابقة
 - الأدوية الوضعية والجهازية
 - الرضوض
 - ارتداء العدسة اللاصقة
 - القصة العائلية والاجتماعية
- ### الفحص الفيزيائي المبدي
- تقييم الوظيفة البصرية
 - الفحص الخارجي
 - دليل على وجود جحوظ*، إطراق*، عين الأرنب*، أو متلازمة الجفن المرن*
 - عدم تناظر الجفن أو الوجه، التندب، وسوء الوظيفة*
 - التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* (III, IQ, DR)
 - علامات وحيدة أو ثنائية الجانب
 - وذمة* منتشرة* أو موضعة*
 - وذمة ظهارية* أو لحمية* بالأساس
- دليل على تعطل* ظهاري، ارتشاح* لحمي، نمو داخلي* ظهاري، خطوط*، تسمك* موضع، ترقق*، تندب، تغير* السطح البيني*، خطوط أو التهاب، أو توعي* لحمي
 - دليل على تنقط*، تمزق* أو انفصال* غشاء ديسمي*، حوصلات* بطانية*، ترسبات* كيراتية* (KP)، التصاقات قزحية* صباغية محيطية أمامية
 - تورط* نسيج المضيف* أو المعطي*
 - دليل على وذمة قرنية قطاعية* و KP ، أو ارتكاس* الغرفة الأمامية*
 - حالة، شكل، وتوضع الحدقة* والقزحية*
 - دليل على حبال* الزجاجي* أو تغبر* صباغي
 - حالة وتوضع العدسة*
 - قياس ضغط العين
 - فحص قعر العين*
 - تنظير الزاوية*

الفحوص التشخيصية

- قياس الحدة الكامنة*
- الانكسار المضاف* بالعدسة اللاصقة الصلبة*
- قياس السماكة* (III, IQ, DR)
- تصوير شايمفلوغ*
- التنظير* المرآتي* والمستقطب* (III, IQ, DR)
- التصوير المقطعي البصري* للقسم الأمامي (III, IQ, DR)
- التنظير الحيوي* بالأموح فوق الصوت*

وذمة وكثافة القرنية [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

- إن هدف العلاج هو السيطرة على سبب وذمة* أو كثافة* القرنية وتعزيز نوعية حياة المريض بتحسين حدة* البصر والراحة
 - تبدأ المعالجة بالتدبير الطبي، ولكن في النهاية قد يتم للجوء للجراحة
 - وذمة القرنية: التدبير الطبي
 - يساعد تخفيض ضغط العين المرتفع
 - لا يجب أن تكون مثببات* الكربونيك أنهيدراز* الموضوعية الخط الأول في المعالجة عند الشك بسوء وظيفة* البطانة* (II-, MQ, SR)
 - يمكن أن تضبط الستيروئيدات القشرية* الموضوعية بالتهاب* بعد استبعاد الخمج* (III, GQ, SR)
 - قد يحدث الداء الظهاري* ذو الكبيسات الدقيقة* أو الفقاعي* عدم الراحة* أو الألم مما يتطلب وضع عدسة لاصقة* ضمامية*. (III, GQ, SR) ينصح باستبدال العدسة الدوري عند الاستخدام طويل الأمد (III, IQ, DR)
 - وذمة القرنية: التدبير الجراحي
 - المرضى المصابين بوذمة القرنية وعدم الراحة المستمر، ولكن مع كمون* بصري محدود أو معدوم، هم بشكل عام المرشحون الأفضل للإجراءات التالية:
 - قطع القرنية العلاجي الضوئي* (III, IQ, DR)
 - شريحة الملتحمة لـ Gunderson (III, IQ, DR)
 - اغتراس* القرنية
 - رأب القرنية* البطني*
 - رأب القرنية الثاقب* (III, GQ, SR)
 - كثافة القرنية: التدبير الطبي
 - يمكن أن يقسم علاج كثافة القرنية إلى طورين: (أ) تدبير السير الرئيسي البدئي (مثال، الخمج، الرض)، و (ب) تدبير المشكلات الناتجة (مثال، سحجات* وعدم انتظام* السطح، التندب*، الترقق*، والتوعي*)
 - يشمل العلاج التقليدي قطرة أو مرهم صاد حيوي* للوقاية ضد خمج جرثومي ثانوي (III, IQ, DR)
 - قد يساعد الصمغ* المؤقت، خياطة رفو الجفن*، أو شرائح* الجفن عند عدم ملاءمة طرف العين* أو إغلاق الجفن (III, IQ, DR)
 - قد تساعد العدسة اللاصقة الضمامية في حالات الترمم المتأخر (III, GQ, SR)
 - العدسة القاسية* النفوذة للغاز* - أو العدسة الهجينة* أو العدسة الصلبة* عندما تكون الثباتية الأكبر مطلوبة - تحسن غالباً البصر عند وجود عدم انتظام السطح كعامل؛ مثل هذه
- العدسات قد تجنب الحاجة لإجراءات أكثر عدائية* (III, IQ, DR)
- كثافة القرنية: التدبير الجراحي
 - تعتمد الإستراتيجية الجراحية لتدبير الكثافات القرنية على طبقة/طبقات النسيج المصابة:
 - أكثر ما يساعد التندب* الظهاري في الآفات أمام طبقة بومان* (III, IQ, DR)
 - قد يستخدم EDTA لإزالة اعتلال القرنية* الشريطي* المتكلس* (III, IQ, DR)
 - Mitomycin-C للتندب تحت الظهاري*، طبقة بومان، واللحمة* الأمامية قد يساعد في الحالات المحتملة النكس* (III, IQ, DR)
 - قد يخفي الوشم* القرني تجميلياً ببيضاضات القرنية* سيئة المظهر
 - تتطلب آفات القرنية الأمامية الممتدة لما خلف طبقة بومان إلى اللحمة الأمامية والمتوسطة علاج أكثر شمولية مثل قطع القرني* السطحي، رأب القرنية الصفيحي* أو الثاقب، وبدائل القرنية* (III, GQ, SR)
- ### التقييم عند المتابعة
- في تدبير وذمة القرنية، تعتبر المتابعة أساسية لمراقبة سوء الوظيفة* البطني
 - في تدبير الكثافة القرنية، تعتبر المتابعة ضرورية لمراقبة شفافية* القرنية وعدم انتظام السطح (III, GQ, SR)
 - تتطلب المشاكل المرافقة، وخاصاً الالتهاب داخل العين وضغط العين، إعادة تقييم منتظم (III, GQ, SR)
- ### المشورة* والإحالة*
- تعتبر المناقشة المفصلة حول أسباب الوذمة أو الكثافة، وخيارات العلاج المختلفة هامة (III, GQ, SR)
 - يوصى بالإحالة إلى تحت أخصائي* القرنية عندما تكون مقاربات التدبير التشخيصية أو الطبية المتطورة* مطلوبة (مثال، في الحالات التي تتجاوز تدريب الطبيب المعالج).
 - (III, GQ, SR) الإحالات إلى تحت الاختصاصات العينية في الشبكية، الزرق أو الأطفال قد تكون أيضاً مطلوبة.
 - (III, GQ, SR) وبعد إيجاد حل للمشكلة، أو بعد استقرارها، فإن الإحالة الراجعة إلى طبيب العيون العام* مناسبة (III, GQ, SR)
 - عندما يكون سير الداء أو التدبير معقد، يجب بذل كل جهد لنصح المريض فيما يتعلق بهذا تحديات لإتاحة التوقعات الملائمة واتخاذ القرار بعد كامل الاطلاع* (III, GQ, SR)

متلازمة العين الجافة [التقييم المبدي]

- القصة المرضية لدى الفحص المبدي**
- الأعراض والعلامات العينية (الحساسية والدماع والحروق والقراص وحساسية الجسم الخارجية أو الجفاف والحكة اللطيفة ورهاب الضوء والرؤيا غير الواضحة والحساسية تجاه العدسات اللاصقة والاحمرار وتفريغ المخاط وتردد الوميض الزائد وتعب العينين والتذبذب اليومي والأعراض التي تسوء بعد ذلك في اليوم) (III, GQ, SR)
 - الظروف التي تزيد من شدة الأعراض (الرياح والسفر عبر الجو والرطوبة المنخفضة والجهود المرئية المطولة المقترنة بمعدل الوميض المنخفض مثل القراءة واستخدام الكمبيوتر) (III, GQ, SR)
 - فترة استمرار الأعراض (III, GQ, SR)
 - القصة العينية، وتتضمن
 - الأدوية الموضعية المستعملة وتأثيرها على الأعراض (مثل الدموع الصناعية و"غسل العين" ومضادات الهيستامين وأدوية الزرق ومضيقات الأوعية ومواد الكورتيزون والمستحضرات البديلة والعشبية) (III, GQ, SR)
 - استعمال العدسات اللاصقة*، أوقات استعمالها والعناية بها (III, GQ, SR)
 - التهابات الملتحمة* الأرجية* (III, GQ, SR)
 - القصة العينية الجراحية (رأب قرنية* سابق، جراحة ساد*، جراحة انكسارية قرنية*) (III, GQ, SR)
 - أمراض سطح العين* (مثال: فيروس الحلأ البسيط*، فيروس الحماق وداء المنطقه*، الداء الفقاعاني الغشائي المخاطي* العيني، متلازمة* ستيفن جونسون*، انعدام القرنية*، مرض الطعم ضد المضيف*) (III, GQ, SR)
 - جراحة النقاط* الدمعية (III, GQ, SR)
 - جراحة الأجاجان (مثال: جراحة سابقة لإصلاح الانسدال*، رأب الأجاجان*، إصلاح الشتر الداخلي* / الشتر الخارجي*) (III, GQ, SR)
 - شلل بل* (III, GQ, SR)
- الفحص الفيزيائي المبدي**
- حدة* البصر
 - الفحص الخارجي
 - الجلد (تصلب الجلد وتغييرات الوجه المتناسقة مع الوردية والزهمية*)
 - الأجاجان (الإغلاق/سوء التوضع غير الكامل والوميض غير الكامل أو غير المتكرر وتلكؤ الجفن وحمامي هوامش الجفن والرواسب أو الإفرازات غير الطبيعية والشتر الداخلي لجفن العين والشتر الخارجي لجفن العين)
 - الملحقات (توسيع الغدد الدمعية*)
 - الجحوظ*
 - وظيفة الأعصاب القحفية (العصب الخامس من الأعصاب القحفية [العصب الثالث التوائم]) والعصب السابع من الأعصاب القحفية [عصب الوجه]*
 - اليدان (مواصفات تشوهات المفاصل لالتهاب المفاصل الروماتويدي، ظاهرة رينو*، نزف شظوي* تحت الأظافر)
 - التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - فلم الدمع (ارتفاع هرمونات سن اليأس والانزلاق واللزوجة الزائدة وخيوط المخاط والرغوة وزمن التحطم* ونموذجه)
 - الأهداب (انحراف الأهداب والشعرة وتساقط الأهداب والرواسب*)
 - حواف الأجاجان الأمامية والخلفية (الحالات الشاذة للأكياس الدهنية حول العين [مثل، حوول الفتحات والزيوت الواقي التعبيري المنخفض الضمور] وميزة إفرازات الغدة اللعابية [مثل، التعكر والمتخن ورغوي والناقص] وتصبح الأوعية الدموية التي تمر عبر الموصل المخاطي الجلدي والتقرن والتندب)
 - النقاط الدمعية (السالكية والموضع والظهور وموضع السدادات)
 - الرتج* السفلي والملتحمة* الظفرية (مثل، المسالك البولية والتندب والحمامي وحساسية الحلمات وتوسيع الجريب والتقرن والتقصير والالتصاق الملتحمي*)
 - الملتحمة البصلية (مثل، التلون الثاقب بوردية البنغال أو أخضر اللبسامين أو الأصباغ الفلوريسينية، الاحتقان، الجفاف الموضع، التقرن، الوذمة، التهبل، الجريبات*)
 - القرنية (الجفاف الموضع بين الجفنين والتاكلات الظاهرية الثاقبة والتلون الثاقب بوردية البنغال أو الأصباغ الفلوريسينية والخيوط والعيوب الظاهرية وعدم انتظام الغشاء القاعدي واللويحات المخاطية والتقرن وتكوين السيل والترقيق والترشحات والقرحة والتندب التوعي الحديث ودليل على جراحة القرنية والانكساري*)
- القصة المرضية، وتتضمن**
- التدخين أو التعرض للتدخين السلبي* (II+, GQ, SR)
 - الأمراض الجلدية (مثال: الوردية* والصداف*) (II+, GQ, SR)
 - تقنية وتواتر غسل الوجه، متضمنة العناية بصحة الأجاجان* والأهداب* (II+, GQ, SR)
 - التأثب* (II+, GQ, SR)
 - سن الإياس* (II+, GQ, SR)
 - الأمراض الالتهابية* الجهازية (مثال: متلازمة جوغرن*، مرض الطعم ضد المضيف*، التهاب المفاصل الرثياني*، الذئبة الحمامية الجهازية*، تصلب الجلد*) (II+, GQ, SR)
 - الأمراض الجهازية الأخرى (مثال: للمفوما*، الساركونيد*) (II+, GQ, SR)
 - الأدوية الجهازية (مثال: مضادات الهيستامين*، المدرات*، الهرمونات والمضادات* الهرمونية، مضادات الاكتئاب*، الأدوية المضادة للأنظمة* القلبية، isotretinoin، diphenoxylate/atropine ضادات مستقبلات بيتا الأدرنرجية*، أدوية المعالجة الكيميائية*، أي دواء ذي فعل مضاد للكولين*) (II+, GQ, SR)
 - الرضوض (مثال: الميكانيكية، الكيميائية، الحرارية) (II+, GQ, SR)
 - الأخماج الفيروسية المزمنة (مثال: التهاب الكبد* C، فيروس عوز المناعة المكتسب*) (II+, GQ, SR)

العين الجافة [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

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

توعية وتعليم المريض

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



ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفصّل

توضيح وتنصل

هذه النشرة هي ترجمة لنشرة الأكاديمية الأمريكية لطب العيون ذات العنوان "ملخص المعالم الرئيسية". 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 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.