



ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

جدول المحتويات

1..... مقدمة

الزرق*

3..... الزرق الأولي* مفتوح الزاوية (التقييم المبدي) (المتابعة)

4..... الزرق الأولي مفتوح الزاوية (التقييم عند المتابعة)

5..... الشك بالزرق الأولي مفتوح الزاوية (التقييم المبدي وعند المتابعة)

6..... انغلاق الزاوية البدي (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..... الغشاء فوق الشبكي* مجهول السبب والشذ الزجاجة اللطخي* (التقييم المبدي والمعالجة)

12..... ثقب اللطخة مجهول السبب (التقييم المبدي والمعالجة)

13..... انفصال الزجاجي* الخلفي، الشقوق الشبكية*، والتنكس الشبكي* (التقييم المبدي وعند المتابعة)

14..... انسدادات* الشريان الشبكي والعيني (التقييم المبدي والمعالجة)

15..... انسدادات الوريد الشبكي (التقييم المبدي والمعالجة)

الساد* / القسم الأمامي

16..... الساد (التقييم المبدي وعند المتابعة)

القرنية* / الأمراض الخارجية

18..... التهاب القرنية الجرثومي* (التقييم المبدي)

19..... التهاب القرنية الجرثومي (التوصيات المتعلقة بالتدبير)

20..... التهاب حواف الأجنان* (التقييم المبدي وعند المتابعة)

21..... التهابات الملتحمة (التوصيات المتعلقة بالتدبير)

22..... بروز القرنية* (التقييم المبدي والمتابعة)

23..... بروز القرنية* (التقييم المبدي والمتابعة)

24..... وذمة* وكثافة* القرنية (التوصيات المتعلقة بالتدبير)

25..... وذمة* وكثافة* القرنية (التوصيات المتعلقة بالتدبير)

26..... متلازمة* العين الجافة (التقييم المبدي)

27..... متلازمة العين الجافة (التوصيات المتعلقة بالتدبير)

طب العيون عند الأطفال / الحول*

28..... الغمش* - العين الكسولة - (التقييم المبدي وعند المتابعة)

29..... الحول الأنسي* (التقييم المبدي وعند المتابعة)

30..... الحول الأنسي* (التقييم المبدي وعند المتابعة)

التدبير الإنكساري* / التداخل

31..... الحول الوحشي* (التقييم المبدي وعند المتابعة)

ملحقات خاصة بالترجمة

32..... ملحق/1/ المرادفات الإنكليزية للتعبير والمصطلحات الواردة في الترجمة العربية

39..... ملحق/2/ المختصرات الإنكليزية الواردة في النص



ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

مقدمة :

Pubmed ومكتبة Cochrane باللغة الإنكليزية. تتم مراجعة النتائج من قبل هيئة خبراء تقوم باستعمالها لوضع التوصيات، والتي تقدم بعدها بتصنيف يظهر قوة الدليل عند وجود الدليل الكافي.

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:

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

- **++I: meta-analyses** أو مراجعات منهجية للتجارب العشوائية ذات الشاهد (RCT) * عالية الجودة، أو RCT مع خطر انحياز * منخفض جداً.
- **+-I: meta-analyses** أو مراجعات منهجية لـ RCT مجراة بشكل جيد، أو RCT مع خطر انحياز * منخفض.
- **-I: meta-analyses** 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.

- 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 تتنصل بشكل خاص

من أي أو كل المسؤوليات الناجمة عن الأضرار أو الأذى

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 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

ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

مقدمة :

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 متدد 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).

الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم المبدئي]

- يمكن اعتبار تصنيع التريبيق* بالليزر علاجاً بدئياً عند بعض المرضى، أو علاج بديل عند المرضى ذوي الخطورة العالية لعدم الالتزام بالمعالجة الدوائية، غير القادرين أو الذين لن يستخدموا الأدوية بشكل موثوق بسبب التكلفة، مشاكل الذاكرة، صعوبة التطبيق أو عدم تحمل المعالجة ($I+$, GQ , DR)
- يعتبر قطع التريبيق فعالاً في خفض ضغط العين، ويستطب بشكل عام عندما تكون الأدوية والمعالجة الملائمة بالليزر غير كافية للتحكم بالمرض. كما يمكن اعتباره في بعض الحالات علاجاً بدئياً ($I+$, GQ , SR).

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى معالجة تصنيع التريبيق بالليزر

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
 - الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة.
 - أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة.
 - التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل خلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة.
 - إجراء فحص المتابعة خلال ستة أسابيع من الجراحة أو أبكر من ذلك عند وجود تخوف من حدوث أذية في العصب البصري متعلقة بضغط العين.

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى جراحة الزرق الشقية*

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤوليات التالية:
 - الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة.
 - أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يوثق بدقة الموجودات* واستطبابات* الجراحة.
 - أن يصف الستيروئيدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة.
 - إجراء تقييم المتابعة في اليوم الأول بعد الجراحة (من 12 إلى 36 ساعة بعد الجراحة)، وعلى الأقل مرة واحدة خلال الأسبوع الأول أو الثاني.
 - القيام في حال غياب المضاعفات* بزيارات متابعة إضافية خلال فترة الستة أسابيع بعد الجراحة
 - تحديد مواعيد لزيارات أكثر تواتراً - حسب الضرورة - للمرضى الذين حدثت لديهم مضاعفات تالية للجراحة.
 - تقديم المعالجات الإضافية حسب الضرورة لتعزيز فرص الحصول على نتيجة ناجحة على المدى البعيد.

توعية وتعليم المرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- يجب مناقشة التشخيص، وشدة المرض، والإنذار*، والخطة العلاجية، وأرجحية استمرار المعالجة مدى الحياة.
- التوعية والتعليم فيما يتعلق بإغلاق الأجفان أو سد القناة الدمعية الأنفية عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنقاص الامتصاص الجهازي
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي [العناصر الدليلة]

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

الفحص الفيزيائي المبدئي [العناصر الدليلة]

- قياس حدة* البصر
- فحص الحدقة
- فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي بالمصباح الشقي*
- قياس ضغط العين
- الثخانة القرنية المركزية
- تنظير زاوية* الغرفة الأمامية
- تقييم رأس العصب البصري* وطبقة الألياف العصبية الشبكية باستخدام التنظير المجسم* المكبر بواسطة التنظير الحيوي بالمصباح الشقي وعبر حدقة موسعة ($I+$, MQ , SR)
- يجب توثيق فحص مظهر رأس العصب البصري* بواسطة التصوير المجسم* الملون أو تحليل الصورة بواسطة الكومبيوتر* بشكل متسلسل ($I+$, MQ , SR)
- تقييم قعر العين* (من خلال حدقة موسعة كلما كان ذلك ممكناً)
- تقييم الساحة البصرية*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتية* الساحة البصرية السكوني الألي
- تقييم القرص البصري
- ترقق* الإطار الشبكي العصبي* السفلي و/أو العلوي

خطة تدبير المرضى الذين تستطب المعالجة لديهم

- يتم اختيار الضغط الهدف البدئي بحيث يكون أخفض بـ 25% على الأقل عن مستوى ضغط العين قبل المعالجة. يمكن تبرير اختيار مستوى أخفض لضغط العين الهدف عند وجود أذية عصب بصري أكثر شدة.
- إن قيمة الضغط الهدف تقديرية، ويجب أن يحدد بشكل مفرد و/أو يتم تعديله خلال سير المرض (III , IQ , DR)
- إن هدف المعالجة هو الحفاظ على ضغط العين ضمن المجال الذي يقل فيه احتمال أن يؤدي فقدان الساحة البصرية إلى خفض هام في نوعية حياة المريض من الناحية الصحية خلال مدة الحياة ($+$, II , MQ , DR)
- إن المعالجة الدوائية في الوقت الحاضر هي الإجراء البدئي الأكثر شيوعاً لخفض ضغط العين. يتوجب مراعاة التوازن ما بين التأثيرات الجانبية* وبين الفعالية* عند اختيار علاج ذي فعالية وتحمل* أعظمين لإحداث الإنقاص المرغوب في ضغط العين عند كل مريض.
- عند حدوث تقدم للمرض عند الضغط الهدف، يجب إعادة تقييم وجود تموجات في ضغط العين لم يتم اكتشافها سابقاً وتقييم الالتزام بالمعالجة قبل تخفيض قيمة ضغط العين الهدف.
- يتم تقييم حدوث التأثيرات الجانبية الموضعية العينية والجهازية* وحدث السمية* عند المريض المعالج بأدوية الزرق.

الزرق الأولي مفتوح الزاوية [التقييم عند المتابعة]

- تشوهات في الزاوية، أو عند وجود تغير غير مفسر في مستوى ضغط العين. كما يجب إجراء تنظير الزاوية بشكل دوري
- يجب إعادة تقييم نظام المعالجة في حال لم يتم الوصول إلى الضغط الهدف، وفي حال كانت المنافع من تغيير العلاج تفوق الخطر
- يجب إنقاص مستوى قيمة الضغط الهدف في حال وجود تبدلات مترقية في القرص البصري*، طبقة الألياف العصبية الشبكية أو الساحة البصرية
- تشمل العوامل التي تحدد تواتر إعادة التقييم، ضمن كل من الفترات الفاصلة الموصى بها: شدة الأذية، ومعدل الترقى، والمدى الذي يتجاوز فيه ضغط العين الضغط الهدف، وعدد وأهمية عوامل الخطورة الأخرى المؤدية لأذية العصب البصري*

توعية وتعليم المرضى

- التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التداخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والفوائد النسبية للتدخلات البديلة، بحيث يستطيع المريض المشاركة بشكل هادف في تطوير خطة العلاج الملائمة
- يجب تشجيع المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى وإحالتهم للجوء للتأهيل البصري الملائم والخدمات الاجتماعية
- يجب إعلام المرضى الذين يريدون إجراء جراحة انكسارية قرنية* بالتأثير المحتمل للتصحيح البصري بالليزر في إنقاص حساسية التباين* وتقليل دقة قياسات ضغط العين

القصة المرضية لدى الفحص

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

الفحص الفيزيائي

- قياس حدة* البصر
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- قياس ضغط العين
- تقييم رأس العصب البصري* والساحة البصرية* (انظر الجدول في الأسفل)
- يجب إعادة قياس ثخانة القرنية المركزية بعد أي حدث قد يغير من قيمتها (مثل الجراحة الانكسارية*)

خطة التدبير للمرضى الموضوعين على المعالجة الدوائية

- يجب تسجيل الجرعة وتواتر الاستعمال عند كل زيارة، وكذلك مناقشة مدى الالتزام بالخطة العلاجية، ومدى استجابة المريض للتوصيات بخصوص البدائل العلاجية أو الإجراءات التشخيصية
- يجب إجراء تنظير لزاوية الغرفة الأمامية عند وجود شك بانغلاق في الزاوية أو ضحالة في الغرفة الأمامية، أو

المتابعة:

الدليل المستند على الإجماع في تقييم متابعة الحالة الزرقية وتقييم العصب البصري والساحة البصرية*

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

* يتألف التقييم من الفحص السريري للمريض متضمناً تقييم رأس العصب البصري (مع الإجراء الدوري للتصوير المجسم* الملون أو التصوير بواسطة الكمبيوتر للعصب البصري وتركيب طبقة الألياف العصبية الشبكية*)، ومتضمناً أيضاً لتقييم الساحة البصرية.

** قد يتطلب المرضى المصابون بأذية أكثر تقدماً أو ذوي الخطر الأكبر خلال الحياة من الزرق الأولي مفتوح الزاوية، زيارات تقييم أكثر تواتراً. تمثل فواصل المتابعة المذكورة الزمن الفاصل الأقصى الموصى به بين فترات التقييم.

[الشك بالزرق الأولي مفتوح الزاوية] التقييم المبدئي وعند المتابعة

- القصة الجهازية خلال الفترة الفاصلة إضافة لأي تغيير في الأدوية الجهازية
- التأثيرات الجانبية للأدوية العينية إذا كان المريض قيد المعالجة
- تواتر استخدام وتوقيت الاستخدام الأخير لأدوية الزرق، ومراجعة لاستعمال الأدوية إذا كان المريض قيد المعالجة

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

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

فواصل المتابعة

- تعتمد فواصل الزيارة على طريقة التفاعل بين المريض والمرضى، والتي تعتبر فريدةً وخاصةً لكل مريض من المرضى
- يركز تواتر التقييم الدوري لرأس العصب البصري والساحة البصرية على تقييم درجة الخطر. يتطلب المرضى الذين لديهم قرنية قليلة السماكة، وقيم أعلى من ضغط العين، ونزف في القرص*، وقيمة عالية لنسبة النقرع 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
- التوعية والتعليم حول تطور المرض، وعرض أسباب وأهداف التدخل، وحالة المرض لديهم، والمخاطر والمنافع النسبية للتدخلات البديلة
- التوعية والتعليم حول إغلاق الأجفان وسد القناة الدمعية الأنفية* عند تطبيق الأدوية الموضعية لإنفاص الامتصاص الجهازية
- تشجيع المرضى على إعلام طبيب العيون عن التبدلات الفيزيائية أو العاطفية التي تترافق مع استعمال أدوية الزرق

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي [العناصر الدليلة]

- القصة العينية
- القصة العائلية
- القصة الجهازية
- مراجعة السجلات ذات الصلة بالموضوع
- الأدوية الحالية
- الجراحة العينية

الفحص الفيزيائي المبدئي [العناصر الدليلة]

- قياس حدة* البصر
- فحص الحدقة
- فحص القسم الأمامي بالتنظير الحيوي بالمصباح الشقي*
- قياس ضغط العين
- الثخانة القرنية المركزية
- تنظير زاوية* الغرفة الأمامية
- تقييم رأس العصب البصري* وطبقة الألياف العصبية الشبكية باستخدام التنظير الجسم* المكبر بواسطة التنظير الحيوي بالمصباح الشقي وعبر حدقة موسعة
- يجب توثيق فحص مظهر رأس العصب البصري*، وإذا أمكن طبقة الألياف العصبية الشبكية (II+, GQ, SR)
- تقييم قعر العين* (من خلال حدقة موسعة كلما كان ذلك ممكناً)
- تقييم الساحة البصرية*، ويفضل إجراؤه بواسطة جهاز قياس عتبة* الساحة البصرية السكوني الآلي
- تقعر* الحفيرة* البصرية
- ترقق* الإطار الشبكي العصبي* السفلي و/أو العلوي

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 استناداً إلى المعايير المأخوذة من دراسة ارتفاع ضغط العين (I+, MQ, DR)
- إن هدف المعالجة هو الحفاظ على ضغط العين ضمن المجال الذي يقل فيه احتمال أن يؤدي فقدان الساحة البصرية إلى خفض هام في نوعية حياة المريض من الناحية الصحية خلال مدة الحياة (II+, MQ, DR)
- عند الاكتشاف الجديد لأذية زرقية في الساحة البصرية عند مريض شك بالزرق، يفضل إعادة الاختبار (II+, GQ, SR)
- يجب على السريريين شمل كل المعلومات البنيوية ومن الساحة البصرية بالإضافة لتقنية التصوير المحوسب عند اتخاذ قرارات تدبير المريض (III, IQ, SR)

القصة المرضية عند المتابعة

- القصة العينية خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين

[انغلاق الزاوية البدئي [التقييم المبدئي والمعالجة]

الجراحة والعناية بعد الجراحة لمرضى بضع القرنية

- يتحمل طبيب العيون الذي يقوم بإجراء الجراحة المسؤولينات التالية:
- الحصول على موافقة المريض بعد كامل الاطلاع على الجراحة
- أن يضمن أن التقييم قبل العمل الجراحي يؤكد الحاجة لإجراء الجراحة
- التحقق من ضغط العين مرة واحدة على الأقل مباشرة قبل الجراحة وخلال 30 دقيقة حتى ساعتين بعد الجراحة
- أن يصف الستيروئيدات القشرية الموضعية في الفترة التالية للجراحة
- أن يضمن حصول المريض على العناية الملائمة بعد الجراحة
- يتضمن التقييم عند المتابعة:
- تقييم انفتاح بضع القرنية برؤية محفظة العدسة الأمامية
- قياس ضغط العين
- تنظير الزاوية مع الضغط* / التسطیح* إذا لم يكن قد أجري مباشرة بعد بضع القرنية
- توسيع الحدقة للتقليل من خطر تشكل الالتصاقات الخلفية
- فحص قعر العين حينما يستطب* سريرياً
- وصف الأدوية قبل وبعد الجراحة لتجنب الارتفاع المفاجئ لضغط العين، ولا سيما لدى المرضى المصابين بمرض شديد

متابعة مرضى بضع القرنية

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

توعية وتعليم المرضى في حال عدم إجراء بضع القرنية

- يجب تحذير المرضى الذين لديهم شك بانغلاق الزاوية البدئي الذين لم يخضعوا لبضع القرنية من خطر حدوث نوبة انغلاق زاوية حاد وأن بعض الأدوية تسبب توسعاً في الحدقة وتؤدي لنوبة انغلاق زاوية حاد (*III, MQ, DR*)
- إعلام المرضى عن أعراض نوبة انغلاق الزاوية الحاد، وتنبههم لضرورة إبلاغ طبيب العيون فوراً لدى ظهور الأعراض (*III, MQ, SR*)

القصة لدى الفحص المبدئي [العناصر الدليلة]

- القصة العينية (أعراض قد تدل على هجمات من انغلاق الزاوية المتقطع)
- القصة العائلية للزرق الحاد مغلق الزاوية
- القصة الجهازية (كاستعمال أدوية موضعية أو جهازية)

الفحص الفيزيائي المبدئي [العناصر الدليلة]

- الحالة الانكسارية*
- الحدقتان*
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- تبيغ* الملتحمة* (في الحالات الحادة)
- نقص في عمق الغرفة الأمامية المركزي والمحيطي
- وجود التهاب في الغرفة الأمامية، يدل على هجمة حديثة أو حالية
- تورم* القرنية (الوذمة* الكيسية* ووذمة اللحمه شائعة في الحالات الحادة)
- شدوذات* القرنية* متضمنة الضمور* المنتشر أو الموضع، الالتصاقات* الخلفية، وظيفة الحدقة* غير الطبيعية، شكل الحدقة غير المنتظم، و حدقة بوضعية نصف التوسع (تدل على هجمة حديثة أو حالية).
- تبدلات العدسة* متضمنة الساد* والبقع الزرقية*
- نقص خلايا بطانة* القرنية
- قياس ضغط العين
- تنظير الزاوية* و/ أو تصوير القسم الأمامي في كلا العينين
- تقييم قعر العين* ورأس العصب البصري* باستعمال منظار قعر العين المباشر* أو التنظير الحيوي بالمصباح الشقي مع عدسة غير مباشرة*

خطة التدبير للمرضى الذين يستطب إجراء بضع القرنية* لديهم

- يستطب بضع القرنية في العيون ذات انغلاق الزاوية البدئي أو الزرق البدئي مغلق الزاوية (*I++ , GQ, SR*)
- يعتبر بضع القرنية بالليزر العلاج الجراحي المفضل لنوبة انغلاق الزاوية الحاد لأنه ذو نسبة الخطر/ الفائدة* الأفضل (*II+, MQ, SR*)
- تستعمل المعالجة الدوائية في البداية بنوبة انغلاق الزاوية الحاد لإنقاص ضغط العين، تخفيف الألم، وتخفيف وذمة القرنية. يجب بعدها إجراء بضع القرنية بأسرع وقت ممكن (*III, GQ, SR*)
- يجرى بضع قرنية اتقائي في العين الثانية إذا كانت زاوية الغرفة الأمامية ضحلة تشريحياً، حيث أنه في حوالي نصف الحالات قد تحدث نوبة انغلاق زاوية حاد في العين الثانية خلال 5 سنوات (*II++ , GQ, SR*)

[تنكس اللطخة المرتبط بالعمر] التقييم المبدي وعند المتابعة

- التغيير في الأدوية والتمتعات الغذائية (III, GQ, SR)
- التغييرات في القصة العينية والقصة الجهازية (II+, GQ, SR)
- التغييرات في القصة الاجتماعية، ولاسيما التدخين (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر (III, GQ, SR)
- الفحص بالتنظير الحيوي المجسم لقرع العين* (III, GQ, SR)

المتابعة بعد معالجة تنكس اللطخة المرتبط بالعمر المتراقي مع تكون أوعية حديث

- يتم فحص المرضى المعالجين بحقن Aflibercept أو Bevacizumab أو Ranibizumab داخل الزجاجي بعد مدة 4 أسابيع تقريباً من المعالجة (III, GQ, SR)
- يجب إجراء الفحص والتصوير الوعائي بالفلورسئين على الأقل كل 3 أشهر وحتى استقرار الحالة بعد المعالجة الضوئية الدينامية بـ Verteporfin
- يتم فحص المرضى المعالجين بالتخثير الضوئي الحراري بالليزر بواسطة التصوير الوعائي بالفلورسئين بعد 2-4 أسابيع تقريباً من المعالجة، ومن ثم بفترة 4-6 أسابيع (III, GQ, SR)
- يجب إجراء الفحوص اللاحقة، التصوير المقطعي البصري والتصوير الوعائي بالفلورسئين حينما تستطب اعتماداً على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج (III, GQ, SR)

توعية وتعليم المريض

- تتم توعية وتعليم المريض حول الإنذار والقيمة الكامنة للمعالجة بما يتلاءم مع حالته البصرية والوظيفية (III, GQ, SR)
- تشجيع المرضى الذين لديهم تنكس لطخة مرتبط بالعمر باكراً على التقييم الذاتي لحدة البصر والخضوع لفحص عيني منظم مع توسيع الحدقة من أجل الاكتشاف الباكر للمرحلة المتوسطة من التنكس
- توعية وتعليم المرضى ذوي الخطورة العالية للإصابة بتنكس اللطخة المرتبط بالعمر حول طرق اكتشاف الأعراض الجديدة لتكون الأوعية الحديث المشيماني، وحول الحاجة للمراجعة السريعة لطبيب العيون (III, GQ, SR)
- 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, GQ, SR)
- 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, GQ, SR)
- تشجيع المرضى المدخنين على إيقاف التدخين بسبب وجود بيانات تدعم وجود علاقة سببية بين التدخين وتنكس اللطخة المرتبط بالعمر، هذا علاوة على المنافع الصحية العديدة التي ينطوي عليها إيقاف التدخين. (I+, GQ, SR)
- إحالة المرضى المصابين بنقص الوظيفة البصرية إلى التأهيل البصري (www.aao.org/smart-sight-low-vision) والخدمات الاجتماعية (III, GQ, SR)

القصة لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلة]

- الأعراض (تشوش المرئيات*، نقص الرؤية، عممة*، شرر ضوئي*، صعوبات في التأقلم مع الظلام) (II-, GQ, SR)
- الأدوية والتمتعات* الغذائية (II+, GQ, SR)
- القصة العينية (II+, GQ, SR)
- القصة الجهازية (أي من ارتكاسات فرط الحساسية)
- القصة العائلية، ولاسيما القصة العائلية لتنكس اللطخة المرتبط بالعمر AMD (II+, GQ, SR)
- القصة الاجتماعية، ولاسيما التدخين (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلة]

- فحص شامل للعين (II+, GQ, SR)
- الفحص بالتنظير الحيوي المجسم* للبطخة* (III, GQ, SR)

الفحوص التشخيصية

- إن التصوير المقطعي البصري* (OCT) مهم في تشخيص وتديير تنكس اللطخة المرتبط بالعمر، خاصة فيما يتعلق بتحديد وجود سائل تحت شبكي وتوثيق درجة سماكة الشبكية (III, GQ, SR). يحدد التصوير المقطعي البصري البنية الهندسية لمقطع عبر الشبكية بطريقة لا يمكن تحقيقها بأية تقنية تصوير أخرى. يمكن التصوير من اكتشاف وجود سائل لا يكون مرئياً بالتنظير الحيوي لوحده. كما يساعد في تقييم استجابة الشبكية والظهارة الشبكية الصباغية* (RPE) للعلاج بإتاحة المتابعة الدقيقة للتبدلات البنيوية (II+, GQ, SR).

يستطب إجراء تصوير أوعية قرع العين بالحقن الوريدي للفلورسئين في حال وجود تنكس اللطخة المرتبط بالعمر في الحالات:

- عندما يشكو المريض من تشوش مرئيات حديث.
 - عندما يوجد لدى المريض تشوش غير مفسر في الرؤية.
 - عندما يظهر الفحص السريري ارتفاعاً في الظهارة الشبكية الصباغية* أو في الشبكية، أو عند وجود دم تحت الشبكية أو نتحات* قاسية، أو عند وجود تليف* تحت الشبكية (II-, GQ, SR)
 - لاكتشاف وجود تكون الأوعية الحديث المشيماني* (CNV)، وتحديد امتداده*، نمونجه، حجمه، وموقعه، ولحساب النسبة المئوية للأفة المؤلفة من أو المتضمنة تكون الأوعية الحديث المشيماني التقليدي* (III, IQ, DR).
 - لتوجيه المعالجة (جراحة التخثير الضوئي* بالليزر أو المعالجة الضوئية الدينامية* بـ PDT Verteporfin (III, IQ, DR)
 - لاكتشاف نكس أو استمرار وجود تكون الأوعية الحديث المشيماني بعد المعالجة (III, IQ, DR)
 - للمساعدة في تحديد سبب نقص الرؤية غير المفسر بالفحص السريري (III, IQ, DR)
- يجب أن ترفق وحدة التصوير الوعائي بخطة عالية أو خطة طوارئ وبروتوكول لتقليل خطر وتديير أية مضاعفات (III, GQ, SR)

القصة المرضية عند المتابعة

- الأعراض البصرية، بما فيها نقص الرؤية وتشوش المرئيات (II-, GQ, SR)

[تنكس اللطخة المرتبط بالعمر] [التوصيات المتعلقة بالتنديير]

توصيات المعالجة وخطط المتابعة لتنكس اللطخة المرتبط بالعمر

المعالجة التي يوصى بها	التشخيص الجديرة بالمعالجة	توصيات المتابعة
مراقبة من دون معالجة دوائية أو جراحية	لاعلامات سريرية لـ AMD (AREDS زمرة 1) AMD باكرة (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 يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر في الحالات اللاعرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة لـ CNV. يجرى OCT، تصوير وعائي بالفلورسسين أو تصوير قعر العين، حسب ما يلائم. يعاد الفحص بعد 6 - 24 شهر إذا كانت غير عرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة لـ CNV. يجرى تصوير قعر العين أو التصوير الوعائي بالفلورسسين، حسب ما يلائم.
يوصى بالمتنيمات* الغذائية المعدنية والفيتامينات ومضادات الأكسدة كما في تقارير AREDS الأساسيين و AREDS2	AMD متوسطة (AREDS زمرة 3) AMD متقدمة في إحدى العينين (AREDS زمرة 4).	مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (قراءة / شبكة أمسلر)*. يعاد الفحص بعد 6 - 18 شهر في الحالات اللاعرضية أو بشكل فوري في حال وجود أعراض حديثة لـ CNV. يجرى تصوير قعر العين وأو التالى الذاتي* لقعر العين حسب الحاجة. يجرى التصوير الوعائي بالفلورسسين وأو OCT عند الشك بوجود CNV.
حقن 2.0 مغ Afibercept داخل الزجاجي كما هو موصوف في التقارير المنشورة	CNV اللطخة	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين، وتتضمن: ألم أو حس انزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام المسابحة*. يعاد الفحص بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة المبدئية، وتعتمد المتابعة اللاحقة والمعالجة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج. وتبين أن نظام المعالجة باستمرار الحقن كل 8 أسابيع له نتائج يمكن مقارنتها مع الحقن كل 4 أسابيع في السنة الأولى من العلاج. مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر)
حقن 1.25 مغ Bevacizumab داخل الزجاجي كما هو موصوف في التقارير المنشورة يجب أن يقدم طبيب العيون موافقة من قبل المريض بعد كامل الاطلاع مع الأخذ بعين الاعتبار الحالات خارج التصنيف	CNV اللطخة	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين، وتتضمن: ألم أو حس انزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام المسابحة*. يعاد الفحص بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة، وتعتمد المتابعة اللاحقة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر)
حقن 0.5 مغ Ranibizumab داخل الزجاجي كما هو موصى به في تقارير Ranibizumab	CNV اللطخة	يطلب من المرضى الإبلاغ فوراً عن أي أعراض تدل على التهاب باطن العين*، وتتضمن: ألم أو حس انزعاج متزايد، احمرار عيني متزايد، نقص أو تشوش في الرؤية، زيادة الحساسية للضوء، أو زيادة عدد الأجسام المسابحة*. يعاد الفحص بعد 4 أسابيع تقريباً من المعالجة. تعتمد المتابعة اللاحقة على الموجودات السريرية ومحاكمة طبيب العيون المعالج. مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (قراءة / شبكة أمسلر)
PDT بال Verteporfin كما هو موصى به في تقارير TAP و VIP	CNV اللطخة، حديث أو ناكس، تفوق فيه المركبة التقليدية 50% من مساحة الأفة، ولا تتجاوز الأفة الكلية 5400 ميكرون في قطرها لخطي الأعظمي. قد يستخدم PDT في علاج الـ CNV الخفي عندما تكون الرؤية أسوأ من 20/50، وإذا كانت مساحة CNV أقل من مساحة 4 أقراص بصرية حسب MPS مع كون الرؤية أفضل من 20/50. CNV جانب اللطخة* غير مصنف* كاستطباب لـ PDT، لكن يمكن إجراؤه في حالات انتقائية	يعاد الفحص كل 3 أشهر تقريباً حتى الاستقرار، مع إعادة المعالجة حسبما تستطب مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر)
الجراحة بالتخثير الضوئي الحراري بالليزر* حسب توصيات تقارير MPS	قد يستخدم في حالة CNV تقليدي خارج النقرة، جديد أو ناكس. يمكن استخدامه لعلاج الـ CNV جانب القرص البصري.	يعاد الفحص مع التصوير الوعائي بالفلورسسين بعد 2 - 4 أسابيع تقريباً من المعالجة، ومن ثم بفترة 4 - 6 أسابيع، ومن ثم اعتماداً على الموجودات السريرية* وموجودات التصوير الوعائي. تعاد المعالجة حسبما يستطب. مراقبة الرؤية القريبة في كل عين على حدة (القراءة / شبكة أمسلر)

دراسة التخثير الضوئي للبطخة = MPS. تكون الأوعية الحديثة المشيماني = CNV. دراسة الأمراض العينية المرتبطة بالعمر = AREDS. تنكس اللطخة المرتبط بالعمر = AMD. Verteporfin الـ = VIP. معالجة تنكس اللطخة المرتبط بالعمر بالمعالجة الضوئية الدينامية = TAP. المعالجة الضوئية الدينامية = PDT، التصوير المقطعي البصري = OCT في المعالجة الضوئية الدينامية

اعتلال الشبكية السكري [التقييم المبدي وعند المتابعة]

سماكة الشبكية، متابعة وذمة اللطخة، تمييز شد* الزجاجي على اللطخة، وكشف الأشكال الأخرى من إصابة اللطخة عند المرضى المصابين بوذمة اللطخة السكرية (III, IQ, DR). إن اتخاذ القرارات بإعادة حقن العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي* (VEGF)، تغيير العوامل المعالجة (مثل استخدام الستيروئيدات القشرية* داخل العين)، بدء المعالجة بالليزر، أو حتى اللجوء لجراحة قطع الزجاجي تعتمد غالباً إلى حد ما على موجودات OCT.

- قد يكون تصوير قعر العين مفيداً في توثيق وجود الأوعية الحديثة على القرص* (NVD) أو في مكان آخر* (NVE)، الاستجابة على المعالجة، والحاجة لمعالجة إضافية في الزيارات المستقبلية (III, IQ, DR)
- يستعمل تصوير الأوعية بالفلورسئين كمرشد للعلاج بالليزر لوذمة اللطخة الهامة سريرياً وكوسيلة لتقييم أسباب النقص غير المفسر في حدة البصر (III, IQ, DR). يمكن للتصوير الوعائي أن يكشف عدم التروية الشعرية* في اللطخة، أو مصادر التسرب* الشعري المسببة لوذمة اللطخة كتفسير محتمل لنقص الرؤية. (III, IQ, DR)
- لا يستطع إجراء تصوير الأوعية بالفلورسئين بشكل روتيني كجزء من فحص مرضى السكري (III, GQ, SR)
- يمكن التصوير بالأشعة فوق الصوتية* من تقييم وضع الشبكية عند وجود نزف زجاجي أو كثافة أخرى، كما قد يساعد في تحديد امتداد وشدة الشد الزجاجي الشبكي*، وخاصة على اللطخة في عيون مرضى السكري. (III, GQ, SR)

توعية وتعليم المريض

- مناقشة نتائج الفحص وما يتضمنه
- تشجيع مرضى السكري غير المصابين باعتلال شبكية سكري بالخضوع لفحص عيني مع توسيع الحدقة سنوياً (II+, GQ, SR)
- 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
- توعية وتعليم المرضى حول أهمية المحافظة على مستويات قرب طبيعية لسكر الدم وقيم قرب طبيعية لضغط الدم وتخفيض مستويات شحميات المصل (III, GQ, SR)
- البقاء على تواصل مع الطبيب، (طبيب العائلة، الطبيب الداخلي، أو أخصائي الغدد الصم*) فيما يخص الموجودات العينية (III, GQ, SR)
- تزويد المرضى الذين تفشل الحالة لديهم بالاستجابة للجراحة والذين تكون المعالجة الإضافية غير متوفرة لهم، بالدعم المحترف المناسب، مع إحالتهم إلى خدمات تقديم المشورة أو التأهيل أو الخدمات الاجتماعية حسبما يقتضيه الأمر (III, GQ, SR)
- تحويل المرضى المصابين بتدني البصر بعد الجراحة المحدد وظيفياً للتأهيل البصري (انظر www.aa.org/smart-sight-low-vision) والخدمات الاجتماعية. (III, GQ, SR)

القصة لدى الفحص المبدي [العناصر الدليّة]

- مدة الإصابة بالداء السكري (II+, GQ, SR)
- الضبط السابق لسكر الدم (الخضاب* A1c) (II+, GQ, SR)
- الأدوية (III, GQ, SR)
- القصة الطبية كوجود السمنة، الداء الكلوي، فرط ضغط الدم* الجهازى، مستويات شحميات* المصل*، الحمل* (II+, GQ, SR)
- القصة العينية (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر (III, GQ, SR)
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* (III, GQ, SR)
- قياس ضغط العين (III, GQ, SR)
- تنظير الزاوية قبل توسيع الحدقة عندما يستطع (في حال تشكل الأوعية الحديث على القزحية أو ارتفاع ضغط العين) (III, GQ, SR)
- تقييم الحدقة لكشف سوء وظيفة* العصب البصري
- تنظير شامل لقعر العين، متضمناً فحص تنظير مجسم* للقطب الخلفي* (III, GQ, SR)
- فحص الشبكية المحيطة والزجاجي، ومن الأفضل القيام بذلك بوساطة تنظير قعر العين اللامباشر* أو التنظير بوساطة المصباح الشقي (III, GQ, SR)

التشخيص

- يتم تصنيف كلا العينين من حيث زمرة وشدة اعتلال الشبكية السكري ووذمة اللطخة (III, GQ, SR). يختلف خطر تطور الإصابة بحسب كل زمرة من زمر المرض، وتعتمد على درجة الالتزام بالمتابعة الشاملة للداء السكري

القصة عند المتابعة

- الأعراض البصرية (II+, GQ, SR)
- الحالة الجهازية (الحمل، ضغط الدم، كولسترول المصل، الحالة الكلوية) (III, GQ, SR)
- حالة سكر الدم (الخضاب* A1c) (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر (III, GQ, SR)
- قياس ضغط العين (III, GQ, SR)
- التنظير الحيوي بوساطة المصباح الشقي مع فحص القزحية (III, GQ, SR)
- تنظير الزاوية (ويفضل إجراؤه قبل توسيع الحدقة عند الشك بوجود تشكل أو عية حديث على القزحية، أو إذا كان ضغط العين مرتفعاً) (III, GQ, SR)
- فحص مجسم للقطب الخلفي بعد توسيع الحدقتين (III, GQ, SR)
- فحص الشبكية المحيطة والزجاجي حينما يستطع* (III, GQ, SR)
- التصوير المقطعي البصري* (OCT) عند الضرورة (III, GQ, SR)

الفحوص المتتممة

- يمكن استخدام التصوير المقطعي البصري* (OCT) لمعرفة

[اعتلال الشبكية السكري] التوصيات المتعلقة بالتدبير

التوصيات المتعلقة بالتدبير لمرضى السكري

المعالجة داخل الزجاجي بـ Anti-VEGF	الليزر بشكل بؤري* و/أو بشكل شبكة*§	التخثير الضوئي لكامل الشبكية* (PRP) بالليزر (المبعثر*)	المتابعة (بالأشهر)	وجود ME	شدة اعتلال الشبكية*
لا	لا	لا	12	لا	طبيعي أو NPDR أصغري*
لا	لا	لا	12	لا	NPDR خفيف*
لا	لا	لا	6 – 4	ME	
أحياناً	أحياناً	لا	*1	CSME†	
لا	لا	لا	12‡	لا	NPDR معتدل*
لا	لا	لا	6 – 3	ME	
أحياناً	أحياناً	لا	*1	CSME†	
لا	لا	أحياناً	4	لا	NPDR شديد*
لا	لا	أحياناً	4 – 2	ME	
أحياناً	أحياناً	أحياناً	*1	CSME†	
لا	لا	أحياناً	4	لا	PDR غير عالي الخطورة
لا	لا	أحياناً	4 – 2	ME	
أحياناً	أحياناً	أحياناً	*1	CSME†	
حل بديل ^{1,2}	لا	موصى به	4	لا	PDR عالي الخطورة*
عادةً	أحياناً	موصى به	4	ME	
عادةً	أحياناً	موصى به	*1	CSME†	

Anti-VEGF: عامل مضاد لعامل النمو البطاني الوعائي*، CSME: وذمة اللطخة الهامة سريريا، ME: وذمة اللطخة غير الهامة سريريا، NPDR: اعتلال الشبكية السكري غير التكاثري، PDR: اعتلال الشبكية السكري التكاثري

* العلاجات المساعدة المحتملة تتضمن الستيروئيدات القشرية* ضمن الزجاجي، العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي (استخدام غير مرخص، باستثناء Aflibercept و Ranibizumab). أثبتت البيانات المأخوذة من شبكة البحث السريري لاعتلال الشبكية السكري (Diabetic Retinopathy Clinical Research Network) عام 2011، عند المتابعة بعد سنتين، أن استعمال Ranibizumab ضمن الزجاجي مع العلاج الفوري أو المؤجل 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.

† 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

‡ أو بفواصل أقصر عند ظهور علامات قريبة من علامات NPDR الشديد

المراجع:

1. Writing Committee for the Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Panretinal photocoagulation vs intravitreal ranibizumab for proliferative diabetic retinopathy: a randomized clinical trial. JAMA 2015;314:2137-46.
2. Olsen TW. Anti-VEGF Pharmacotherapy as an alternative to panretinal laser photocoagulation for proliferative diabetic retinopathy. JAMA 2015;314:2135-6.

الغشاء فوق الشبكي * مجهول السبب والشد الزجاجي اللطخي] * التقييم المبدئي [والمعالجة

الفحص المبدئي [العناصر الدليّة]

- القصة العينية (مثل انفصال* الزجاجي الخلفي، التهاب العنبية*، الشقوق الشبكية، انسدادات الوريد الشبكي، اعتلال الشبكية السكري التكاثري*، الأدوية الالتهابية العينية، تعافي جرح مؤخراً)
- استمرار الأعراض (مثل تشوه المرئيات*، صعوبة استعمال كلا العينين معاً، والشفق*)
- الجنس*/العرق*
- القصة الجهازية

الفحص الفيزيائي [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر
- قياس ضغط العين
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* للقسم الأمامي
- التصوير المقطعي البصري* (OCT) ذو النطاق الطيفي* لتشخيص تبدلات اللطخة والشبكية (مثل تكاثر خلايا الظهارة الشبكية الصباغية و/أو الخلايا الدبقية* الشبكية) (III, GQ, SR)
- تمييز وجود مادة للحمّة* خارج الخلوية، Laminocytes، و/أو خلايا في الزجاجي
- يتوافق غالباً حدوث الغشاء فوق الشبكي مع الشد الزجاجي اللطخي (تكون موجودات OCT في الشد الزجاجي اللطخي مشابهة، لكن يبقى الزجاجي الخلفي على اتصال مع اللطخة جزئياً)
- قد يكون تصوير الأوعية بالفلورسئين مفيداً في تقييم الغشاء فوق الشبكي و/أو الشد الزجاجي اللطخي والأمراض الشبكية المرافقة

خطة التدبير

- يعتمد قرار التدخل الجراحي عادةً عند المرضى المصابين بالغشاء فوق الشبكي / الشد الزجاجي اللطخي على شدة الأعراض، وخاصة مدى التأثير على النشاطات اليومية
- يجب إعلام المرضى أن أغلبية الأغشية فوق الشبكية تبقى مستقرة ولا تتطلب المعالجة (GQ, SR)
- يجب طمأننة المرضى بوجود إجراء جراحي ناجح جداً في حال تدهور الأعراض أو تدني حدة البصر (GQ, SR)

الجراحة والعناية بعد الجراحة

- تستطب جراحة قطع الزجاجي غالباً عند المرضى المصابين بتدني في حدة البصر، تشوه المرئيات والرؤية المزدوجة (II, MQ, DR)
- لا يتحسن المرضى نمطياً بدون جراحة قطع الزجاجي عندما تكون منطقة الشد الزجاجي اللطخي واسعة (< 1500 ميكرون)، عند وجود انفصال مرضي في اللطخة مرضي، أو إذا كانت حدة البصر الحالية ضعيفة (III, IQ, DR)
- تؤدي جراحة قطع الزجاجي للغشاء فوق الشبكي أو الشد الزجاجي اللطخي عادة لتحسن حدة البصر، حيث قد تتحسن الشبكية الخارجية، المنطقة الإهليلجية* وطول القسم الخارجي للمستقبلات الضوئية* أو تعود لطبيعتها بعد الجراحة (III, IQ, DR)
- يجب إعلام المريض المصاب بالغشاء فوق الشبكي أنه من غير المحتمل أن يؤدي Ocriplasmin داخل الزجاجي إلى علاج فعال (III, GQ, SR)
- إن انخفاض وارتفاع ضغط العين هو خطر معروف جيداً لجراحة قطع الزجاجي ويجب متابعته بعد الجراحة
- يجب فحص المرضى في اليوم الأول بعد الجراحة ومجدداً خلال 1-2 أسبوع بعد الجراحة، أو أبكر من ذلك حسب تطور أعراض جديدة أو موجودات جديدة خلال الفحص المبكر بعد الجراحة (GQ, SR)

توعية وتعليم المريض والمتابعة

- قد تساعد مقارنة صور OCT بين العين المصابة والعين الطبيعية المريض على الفهم
- يجب تشجيع المرضى على اختبار الرؤية المركزية لكل عين على حدة دورياً لكشف التغيرات التي قد تحدث مع الوقت مثل حدوث عتمة* مركزية صغيرة (GQ, SR)
- يجب إعلام المرضى بإخبار طبيب العيون فوراً عند حدوث أعراض مثل زيادة الأجسام السابحة*، فقد في الساحة البصرية، تشوه المرئيات أو نقص في حدة البصر (III, GQ, SR)

[ثقب اللطخة مجهول السبب] [التقييم المبدئي والمعالجة]

- الفحص المبدئي [العناصر الدليلية]**
- مدة استمرار الأعراض (*III, GQ, DR*)
 - الفصاة العينية: زرق*، انفصال أو شق شبكي، أي أمراض أو إصابات* عينية أخرى سابقة، جراحة عينية، أو التحديق* المطول إلى الشمس أو الكسوف (*III, GQ, DR*)
 - الأذوية التي قد تكون مسؤولة عن وذمة اللطخة الكيسية* (*III, GQ, DR*)
- الفحص الفيزيائي المبدئي [العناصر الدليلية]**
- حدة* البصر (*III, GQ, SR*)
 - التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* لللطخة والسطح الفاصل بين الشبكية والزجاجي* والقرص البصري (*III, GQ, SR*)
 - فحص الشبكية المحيطة غير المباشر (*III, GQ, SR*)

التوصيات المتعلقة بالتدبير لثقب اللطخة

المرحلة	التدبير	المتابعة
A - 1 و B - 1	مراقبة	متابعة بفواصل 2 - 4 أشهر بغياب أعراض جديدة. يوصى بالمراجعة الفورية عند ظهور أعراض حديثة التشجيع على اختبار حدة البصر لكل عين بشبكة أمسلر*
2	جراحة الشبكية والزجاجي*	متابعة 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 2 - 4 أشهر.
2	الحل الدوائي للزجاجي†	متابعة بعد أسبوع وبعد 4 أسابيع، أو عند وجود أعراض جديدة (مثل أعراض انفصال الشبكية)
3 أو 4	جراحة الشبكية والزجاجي	متابعة 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 الترخيص لاستخدام Ocriplasmin في الالتصاق الزجاجي اللطخي* من قبل منظمة الغذاء والدواء الأمريكية، فإن استخدامه لعلاج ثقب اللطخة مجهول السبب بدون وجود شد أو التصاق زجاجي لطخي يعتبر حالياً استخداماً غير مخصص.
* على الرغم من إجراء الجراحة في أغلب الحالات، فإن المراقبة قد تكون ملائمة في حالات انتقائية

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، ووضع خطة العناية تالية للجراحة وإبلاغ المريض عن هذه الترتيبات (*III, GQ, SR*)
- إبلاغ مرضى الزرق بإمكانية ارتفاع ضغط العين بعد الجراحة (*III, GQ, SR*)
- الفحص خلال يوم أو يومين بعد الجراحة، ومرة ثانية بعد 1 - 2 أسبوع من الجراحة (*III, GQ, DR*)

توعية وتعليم المريض

- إبلاغ المرضى بمراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أعراض كالزيادة في عدد الأجسام السابحة*، النقص في الساحة البصرية، تشوه المرئيات* أو النقص في حدة البصر (*III, GQ, SR*)
- إبلاغ المرضى بضرورة تجنب السفر بالجو، وصعود المرتفعات، والتخدير العام بأكسيد النتروز* لحين حدوث التلاشي شبه التام للغاز من العين (*III, GQ, SR*)
- إبلاغ المرضى الذين أصيبوا بثقب في اللطخة في إحدى العينين باحتمال تشكل ثقب لطح في العين الثانية بنسبة 10 - 15%، ولاسيما إذا بقي الزجاجي متصلاً* (*III, GQ, SR*)
- تحويل المرضى الذين يعانون من مشاكل بصرية بعد الجراحة تحد من قدرتهم الوظيفية إلى التأهيل البصري (انظر www.aao.org/smart-sight-low-vision) والخدمات الاجتماعية (*III, GQ, SR*)

انفصال الزجاجي الخلفي، الشقوق الشبكية والتكس الشبكي

[التقييم المبني وعند المتابعة]

القصة لدى الفحص المبني [العناصر الدليلة]

- أعراض انفصال الزجاجي الخلفي (II+, GQ, SR)
- قصة عائلية لانفصال الشبكية، اضطرابات مورثية ذات صلة (II-, GQ, SR)
- الرضوض العينية السابقة (III, GQ, SR)
- حصر البصر * (II+, GQ, SR)
- قصة الجراحات العينية السابقة بما فيها تبديل البلورة الإنكساري* وجراحة الساد* (II+++, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبني [العناصر الدليلة]

- فحص الساحة البصرية بالمواجهة*، وتقييم وجود اضطراب حدقي وارء* نسبي (III, GQ, SR)
- فحص الزجاجي* بحثاً عن النزف*، الانفصال*، والخلايا المصطبغة* (II+, GQ, SR)
- فحص قعر العين* المحيطي مع تفرييض* الصلبة الطريقة المفضلة لتقييم أمراض الزجاجي والشبكية المحيطية هي تنظير قعر العين اللامباشر* مع تفرييض الصلبة المرافق (III, GQ, SR)

الفحوص المتتممة

- قد يفيد التصوير المقطعي البصري* في تقييم وتحديد درجة انفصال الزجاجي الخلفي (II+, MQ, DR)
- يجري تخطيط الصدى* B إذا كان تقييم الشبكية المحيطية غير ممكناً وفي حال عدم وجود أي اضطرابات* يوصى بإجراء فحوص متابعة متكررة (III, IQ, DR)

العناية الجراحية والتالية للجراحة إذا كان المريض

ينلقى معالجة

- إعلام المريض حول المخاطر النسبية، والفوائد، والبدائل عن الجراحة (III, GQ, SR)
- وضع خطة عناية بعد الجراحة، وإعلام المريض حول هذه الترتيبات (III, GQ, SR)
- يصبح المريض بالاتصال بطبيب العيون فوراً بحال حدوث تبدل في الأعراض كظهور أجسام سابعة*، نقص في الساحة البصرية أو تدني حدة* البصر (II+, GQ, SR)

تدبير العناية

خيارات التدبير

نمط الآفة	المعالجة §
تمزقات بشكل نعل الفرس* عرضية* حادة*.	معالجة فورية
تمزقات بشكل الغطاء* عرضية حادة.	قد لا تكون المعالجة ضرورية
تمزقات شبكية محيطية* عرضية حادة	معالجة فورية
شقوق شبكية رضية*.	تعالج عادة
تمزقات بشكل نعل الفرس لا عرضية* (بدون RD تحت سريري*)	يمكن متابعتها غالباً من دون معالجة
تمزقات بشكل الغطاء لا عرضية.	نادراً ما يوصى بالمعالجة
ثقوب* مدورة ضمورية* لا عرضية.	نادراً ما يوصى بالمعالجة
تنكس شبكي لا عرضي من دون ثقوب.	لا يعالج إلا إذا حدث تمزق بشكل نعل الفرس ناجم عن PVD
تنكس شبكي لا عرضي مع ثقوب.	لا يتطلب معالجة عادة
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، مع إصابة سابقة للعين الأخرى بـ RD	لا يوجد دليل واضح حول الحاجة للمعالجة، كما أن الدلائل غير كافية لتوجيه التدبير.

PVD: انفصال الزجاجي الخلفي، RD: انفصال الشبكية

§ لا دليل واضح يوصى بالمعالجة الوقائية للشقوق الشبكية غير العرضية للمرضى الخاضعين لجراحة الساد

انسدادات* الشريان الشبكي والعيني [التقييم المبدئي والمعالجة]

تدبير العناية

- يمثل انسداد الشريان العيني، انسداد الشريان العيني المركزي، أو انسداد الشريان العيني الفرعي الحاد العرضي حالات عينية ملحة وتتطلب التقييم العاجل
- يجب أن يأخذ الأطباء مباشرة بعين الاعتبار وجود التهاب الشريان ذو الخلايا العملاقة عند المرضى بعمر 50 عاماً أو أكثر
- في حالات التهاب الشريان ذو الخلايا العملاقة يجب أن يبدأ الأطباء علاجاً جهازياً ملحاً بالستيروئيدات القشرية* لتجنب فقد الرؤية في العين الأخرى أو انسداد وعائي في مكان آخر (I-/I+, GQ, SR)
- يجب مراقبة الداء السكري بعناية لأن العلاج الجهازى بالستيروئيد القشري قد يزعزع استقرار ضبط السكر
- يجب أن يقوم أطباء العيون بالإحالة المناسبة للمرضى المصابين بالداء الوعائي الشبكي، حسب طبيعة الانسداد الشبكي.
- تستدعي انسدادات الشريان العيني أو انسدادات الشريان العيني المركزي الحادة العرضية لأسباب صمية الإحالة الفورية إلى أقرب مركز للسكتة الدماغية*
- لا يوجد في الوقت الحاضر دليل يدعم معالجة المرضى غير العرضيين المصابين بانسداد الشريان العيني الفرعي مع تحسن متسارع للسكتة الدماغية

متابعة المرضى

- يجب أن يأخذ بالاعتبار عند المتابعة امتداد تشكل الأوعية الحديث الإقفاري الشبكي أو العيني. يحتاج المرضى المصابون بإقفار أوسع لمتابعة أكثر تواتراً.
- يفقد العديد من المرضى المصابون بالداء الوعائي الشبكي جزءاً مهماً من الرؤية رغم احتمالات المعالجة المختلفة ويجب إحالتهم للخدمات الاجتماعية الملائمة والتأهيل البصري.

الفحص المبدئي [العناصر الدليلة]

- يجب أن يتضمن الفحص المبدئي كل جوانب التقييم العيني الطبي الشامل عند البالغ (راجع للتفاصيل التقييم العيني الطبي الشامل عند البالغ من نموذج الممارسة المفضل) مع انتباه خاص لعناصر الداء الوعائي الشبكي (I+, MQ, SR)
- يجب أن تتضمن القصة الطبية مراجعة حذرة لأجهزة الداء الصمي* (مثل أعراض نقص تروية* عابر، ضعف أحادي الجانب*)، تنمل*
- يجب تمييز أعراض التهاب الشريان ذو الخلايا العملاقة* (مثل صداع، ألم فروة الرأس، توعك*، تعب، ألم صدغي*، حمى، قصة وجود ألم العضلات الرثياني*)

الفحص الفيزيائي [العناصر الدليلة]

- حدة* البصر
- قياس ضغط العين
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- فحص مع توسيع الحدقة للشبكية المحيطة البعيدة بواسطة تنظير قعر العين اللامباشر*
- تنظير الزاوية* في حال ارتفاع ضغط العين أو عند الشك بخطر تشكل الأوعية الحديث* على القرحة (قبل توسيع الحدقة)
- تنظير قعر العين*
- تقييم وجود عيب حدقي وارد جزئي*
- التنظير الحيوي بالمصباح الشقي للقطب الخلفي*
- فحص الشبكية المحيطة بواسطة تنظير قعر العين اللامباشر عبر حدقة موسعة لتقييم: النزوف الشبكية، بقع القطن-الصوف*، صمات* شبكية، Boxcarrying وعائي شبكي، وتشكل الأوعية الحديث على القرص البصري

الفحوص التشخيصية

- تصوير قعر العين الملون وبالفلتر الخالي من الأحمر*
- تصوير الأوعية بالفلورسئين*
- التصوير المقطعي البصري*
- التصوير بالأمواج فوق الصوتية* في حال وجود كثافة هامة بالأوساط

[انسدادات* الوريد الشبكي [التقييم المبدئي والمعالجة]

الفحص المبدئي [العناصر الدليّة]

- الفحص العينية (مثل الزرق*)، اضطرابات عينية أخرى، احتقانات* عينية، جراحة، متضمنة علاج الشبكية بالليزر، جراحة الساد*، الجراحة الانكسارية*)
- موقع ومدة فقد النظر
- الأدوية الحالية
- الفحص الجهازية (مثل فرط ضغط الدم* الجهازية، الداء السكري*، فرط شحوم الدم*، الداء القلبي الوعائي*، توقف التنفس* أثناء النوم، اعتلال التخثر*، اضطرابات خثارية*، وصمة* رئوية)

الفحص الفيزيائي [العناصر الدليّة]

- حدة* البصر
- قياس ضغط العين
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* لكشف أوعية قرحية دقيقة غير طبيعية جديدة
- فحص مع توسيع الحدقة للشبكية المحيطية البعيدة بواسطة تنظير قعر العين اللامباشر*
- تنظير الزاوية* قبل توسيع الحدقة، وخاصة في حالات انسداد الوريد الشبكي المركزي* الإقفاري*، ارتفاع ضغط العين، أو عندما يكون خطر تشكل الأوعية الحديث* على القرحة عال
- تقييم القطب الخلفي* بتنظير قعر لعين ثنائي الرؤية*

الفحوص التشخيصية

- تصوير قعر العين الملون لتوثيق الموجودات الشبكية
- تصوير الأوعية بالفلورسئين* لتقييم درجة الانسداد الوعائي
- التصوير المقطعي البصري* لكشف إصابة اللطخة
- التصوير بالأشعة فوق الصوتية* (مثلاً عند وجود نزف زجاجي)

تدبير العناية

- تكون الوقاية الأفضل بتدبير عوامل الخطر بحزم، بالمتابعة الأمثل للداء السكري*، فرط ضغط الدم*، فرط شحوم الدم* (I+, GQ, SR)
- تعرض المشاركون الذين تلقوا معالجة بستيرونيد قشري* جرعة 4 ملليغرام لنسب أعلى من تشكل الساد*، جراحة الساد، وارتفاع ضغط العين، مما يشير لأفضلية استخدام جرعة 1 ملليغرام (I++, GQ, SR)
- برهنت دراسات متعددة على فعالية العوامل المضادة لعامل

النمو البطاني الوعائي* في معالجة وذمة اللطخة المرافقة لانسداد الوريد الشبكي الفرعي* (I++, GQ, SR)

• أظهرت الدراسات العشوائية ذات الشاهد* فعالية العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي لمعالجة وذمة اللطخة المتعلقة بانسداد الوريد الشبكي المركزي (I+, GQ, SR)

• يوصى باستخدام قطرات Betadine المطهرة* ومبعد الجفن* خلال كل حالات الحقن* داخل الزجاجي* (I, III, MQ, DR)

• أظهر حقن تريامسينولون*، ديكساميثازون*، والستيروئيدات القشرية الأخرى داخل الزجاجي فعالية في وذمة اللطخة المرافقة لانسداد الوريد الشبكي المركزي، مع الخطورة المرافقة المعروفة للساد والزرق (I+, GQ, SR)

• تبقى المعالجة بالليزر قابلة للتطبيق في العيون المصابة بانسداد الوريد الشبكي الفرعي، حتى لو كانت فترة الإصابة أكثر من 12 شهراً (I+, GQ, SR)

• ما يزال يوصى بتخثير الشبكية الضوئي* الشامل* القطاعي* لحالات تشكل الأوعية الحديث عند حدوث الاختلاطات مثل نزف الزجاجي أو تشكل الأوعية الحديث على القرحة (I+, GQ, SR)

• يجب أن يكون أطباء العيون المشرفون على مرضى الانسداد الوعائي الشبكي على اطلاع على التوصيات النوعية للتجارب السريرية ذات الصلة لكون التشخيص والمعالجة معقدين (I++, GQ, SR)

متابعة المرضى

- يجب على طبيب العيون إحالة المرضى المصابين بالانسداد الوعائي الشبكي إلى طبيب الرعاية الأولية من أجل التدبير المناسب لوضعهم الجهازية وإيصال النتائج إلى الطبيب المشرف على الرعاية المستمرة للمريض (I+, GQ, SR)
- يجب توضيح الخطر على العين الأخرى لكل من موفر الرعاية الأولية والمريض (I+, MQ, SR)
- يجب تزويد المرضى الذين تفشل حالاتهم بالاستجابة للعلاج وفي حال عدم توفر معالجة أخرى بالدعم المهني وإعطائهم إحالة للمشورة، التأهيل البصري، أو الخدمات الاجتماعية حسب ما يوافق (I++, GQ, SR)

الساد [التقييم المبدي وعند المتابعة]

للطي* بواسطة المقاربة ثنائية المحور* أو متحدة المحور* (I+, GQ, SR)

العناية قبل الجراحة

يترتب على طبيب العيون الذي سيجري الجراحة المسؤوليات التالية:

- فحص المريض قبل الجراحة
- التأكيد على أن يوثق التقييم بدقة الأعراض، الموجودات، واستطببات المعالجة
- إبلاغ المريض حول المخاطر، الفوائد، والنتائج المتوقعة من الجراحة، متضمناً النتيجة الانكسارية المتوقعة أو الخبرة الجراحية
- وضع خطة جراحية تتضمن اختيار العدسة داخل العين والتخدير
- مراجعة نتائج التقييمات ما قبل الجراحة والتشخيصية* مع المريض
- إخبار المريض عن إمكانية استمرار الضعف البصري بعد جراحة الساد واحتمال إعادة التأهيل (III, GQ, SR)
- وضع خطط بعد الجراحة مع إبلاغ المريض بالترتيبات الإيجابية على أسئلة المريض المتعلقة بالجراحة، الرعاية والتكلفة
- لا يستطب الاختبار المخبري الروتيني قبل الجراحة، بالمشاركة مع القصة المرضية والفحص الفيزيائي (I+, GQ, SR)

التقييم عند المتابعة

- يجب رؤية المرضى ذوي الخطورة العالية خلال 24 ساعة من الجراحة
- يشاهد المرضى العاديين خلال 48 ساعة بعد الجراحة
- يعتمد تواتر وتوقيت الزيارات اللاحقة على الانكسار، الوظيفة البصرية، والحالة الطبية للمريض.
- تكون المتابعة الأكثر تواتراً ضرورية عادة للمرضى ذوي الخطورة العالية.
- يجب أن تتضمن عناصر كل فحص بعد الجراحة ما يلي:
 - القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين، بما فيها الأعراض الحديثة والأدوية بعد الجراحة
 - تقييم حالة الوظيفة البصرية عند المريض
 - قياس ضغط العين
 - التنظير الحيوي بالمصباح الشقي
- يجب أن يوفر طبيب العيون الذي أجرى الجراحة الرعاية بعد الجراحة التي تتوافق مع الكفاءة الفريدة لطبيب العيون (III, GQ, SR)

القصة لدى الفحص المبدي [العناصر الدلية]

- الأعراض
- القصة العينية
- القصة الجهازية
- تقييم الحالة الوظيفية البصرية
- الأدوية المستعملة حالياً

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدلية]

- حدة* البصر مع التصحيح الحالي
- قياس أفضل حدة بصر مصححة* (BCVA) (مع تحديد الانكسار عندما يستطب*)
- الفحص الخارجي
- الارتصاف* العيني والحركية* العينية
- اختبار التوهج* عندما يستطب
- تفاعل ووظيفة الحدقة*
- قياس ضغط العين
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*، متضمناً تنظير الزاوية*
- الفحص مع حدقة موسعة للعدسة، البقعة، الشبكية المحيطة، العصب البصري والزجاجي*
- تقييم الأوجه ذات الصلة المتعلقة بالحالة الطبية والفيزيائية للمريض

تدبير العناية

- تستطب المعالجة عندما لا تعود الوظيفة البصرية كافية لتلبية احتياجات المريض، وعندما توفر جراحة الساد أرجحية معقولة لتحسين نوعية الحياة
- يستطب استخراج الساد أيضاً عند وجود دلائل على مرض محدث بالبلورة*، أو عند الحاجة لرؤية قعر العين في عين تملك إمكانية للرؤية
- يجب عدم إجراء الجراحة في الظروف التالية: عندما يؤمن التصحيح الانكساري المحتمل رؤية تلبى احتياجات المريض ورغباته، عندما لا يتوقع أن تحسن الجراحة الوظيفة البصرية مع عدم وجود استطببات آخر لإزالة العدسة، عندما لا يكون آمناً خضوع المريض للجراحة بسبب وجود ظروف طبية أو عينية مرافقة، عندما لا يمكن تأمين العناية الملائمة بعد الجراحة، عندما لا يكون المريض أو متخذ القرار البديل عن المريض قادر على إعطاء موافقة مستنيرة* لإجراء جراحة غير طارئة.
- استطببات الجراحة في العين الثانية هي نفسها في العين الأولى (مع أخذ الحاجة للوظيفة البصرية المشتركة بين العينين بعين الاعتبار).
- معيار العناية في الولايات المتحدة هو استحلاب البلورة* صغير الشق* مع زرع عدسة داخل العين* (IOL) قابلة

الساد [التقييم المبدئي وعند المتابعة

بضع المحفظة * بليزر Nd:YAG

- تستطب المعالجة عندما لا تلبي الرؤية المنخفضة بفعل كثافة* المحفظة الخلفية الاحتياجات الوظيفية للمريض، أو عندما تعيق رؤية قعر العين بشكل حرج
- التوعية والتعليم حول أعراض انفصال الزجاجي* الخلفي، وتمزقات* أو انفصال الشبكية*، والحاجة لإجراء فحص فوري عند ملاحظة هذه الأعراض
- إن قرار إجراء بضع المحفظة يجب أن يأخذ بعين الاعتبار فوائد ومخاطر جراحة الليزر. يجب أن لا يتم إجراء بضع المحفظة الخلفية بالليزر بشكل وقائي (مثلا عندما تبقى المحفظة شفافة). يجب أن تكون العين خالية من الالتهاب والعدسة داخل العين ثابتة قبل إجراء بضع المحفظة بليزر (III, GQ, SR)Nd:YAG

[التهاب القرنية الجرثومي] التقييم المبدي

- التهاب القرنية الشديد أو المهدد للرؤية مع الشك بالمنشأ 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 يرافقه 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 الكشاطات* القرنية التي تؤخذ بهدف الزرع في الأوساط الملانمة للزرع مباشرة لتعزيز فرص نجاح الزرع. (III, IQ, DR) وإذا كان ذلك غير ممكناً، توضع العينات في أوساط خاصة عند نقلها. (III, MQ, DR) وفي كل الحالات، يتم حضن الزروعات 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 لالتهاب القرنية 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 قرنية الجرثومي، 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)

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- 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) (III+, GQ, SR)
- مراجعة للقصة العينية من النواحي الأخرى (بما في ذلك عوامل الخطر مثل طبقات فيروسات الحلأ البسيط وطبقات فيروسات الجديري المائي و التهاب 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 المبدي

- 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)
- الأنف والأذن 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 لعلم الالتهاب وظهوره، بما في ذلك الخلية والالتهاب والغمير القلحي والفايبرين والغمر 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)
- الاستطبابات لأخذ لطاخات أو الزرع:

التهاب القرنية الجرثومي [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

- 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.aa.org/smart-sight-low-vision)
- توعية وتعليم المريض**
- 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*

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

* 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 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.

§ لمعالجة الجهازية ضرورية عند الشك بخرمج 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 المبدي وعند المتابعة

يستجيبون للمعالجة (III, IQ, DR)

- قد تستطب خزعة* الأجفان لاستبعاد احتمال السرطان* 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 بالمريضات* قبل أخذ الخزعة عند الشك بالسرطانة زهيمية 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 bacitracine 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* غد 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)

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- 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، الريتينويد*، العادات الغذائية واستهلاك الكحول، مستحضرات التجميل حول العين)
- الأعراض المتعلقة بالأمراض الجهازية (مثال: الوردية*، الأراج*) (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 أيزوترينينين]) (III, GQ, SR)
- التعرض الحديث لشخص مخموج* (مثال: قمال الجفن*)
- القصة العينية (مثال: الجراحة السابقة داخل العين أو في الأجفان، الرضوض الموضعية* سواء الميكانيكية، أو الحرارية، أو الكيماوية، والأذية الإشعاعية وقصة عملية جراحة الأجفان التجميلية وقصة الشعيرات و/أو البردة) (III, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبدي

- 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 المشنفة)* (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

[التهابات الملتحمة] التقييم المبدئي

- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* (III, IQ, DR)
 - 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* والقنيتات* الدمعية (III, IQ, DR)
 - الملتحمة الظفرية* والرتجية* (III, IQ, DR)
 - الملتحمة البصلية* / الحوف (الحويصلات والوذمة والدرن ووذمة الملتحمة والرخاوة والحليمات والقرحة والتندب والنفیطة والنزوف الشظوية والمادة الخارجية والتقرن)* (III, IQ, DR)
 - القرنية* (III, IQ, DR)
 - الغرفة الأمامية / القرحة (تفاعل الالتهاب والتصاقات 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 في حالات 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: التآني*، التهاب الملتحمة والقرنية* للمي* العلوي (SLK)) (II-, MQ, DR)
- تستطب اختبارات وظيفية الرق عند المرضى المصابين بـ SLK والذين ليس لديهم داء درقي معروف (III, IQ, DR)

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي

- 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، الآفات 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 المبدئي
- حدة* البصر (III, IQ, DR)
 - الفحص الخارجي (III, IQ, DR)
 - الجلد (علامات الوردية والإكزيما والمنث) (III, IQ, DR)
 - شذوذات الأجفان والملحقات (التورم والنصول وسوء التوضع والارتخاء والقرحة والدرن وكدمات العين وتكون الأورام الخبيثة)* (III, IQ, DR)
 - الملتحمة (نمط الحقن والنزيف أسفل الملتحمة ووذمة الملتحمة والتغير النديبي والالتصاق الملتحمي والتجمعات والتفريغ)* (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 الحلا البسيط*
(III, GQ, SR)
 - تعالج التهابات الملتحمة الأرجية* الخفيفة بالعوامل المضادة للهيستامين*/مقدمات الأوعية* التي تصرف من دون وصفة طبية*، أو بالجيل الثاني من صادات* مستقبلات الهيستامين H1 الموضوعية. A1: تستعمل مثبتات* الخلايا البدينة* عند النكس المتكرر أو الإزمان (I++, GQ, SR)
 - 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* والمتدثرات 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
- الطبيب المختص (III, GQ, SR)
- إحالة المرضى الذين لديهم تظاهرات لمرض جهازى إلى الطبيب المختص (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)

بروز القرنية [التقييم المبدي وعند المتابعة]

(II-, MQ, DR)

- قد يحسن تشبيك* الكولاجين* صلابة* القرنية عبر زيادة الروابط بين الألياف
- يلجأ إلى رأب القرنية* الصفيحي* باستخدام تقنية رأب القرنية الصفيحي الأمامي العميق (DALK) عند القرنية المخروطية المتقدمة بدون تندب مهم أو استسقاء* (, III+, MQ, DR) يعتبر رأب 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 برأب قرنية ثاقب* مركزي لاحقاً (III, IQ, DR)
- يستطب رأب 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 ديسميه* تصحيح اضطراب بروز القرنية (III, IQ, DR)
- يفضل رأب القرنية الثاقب على DALK في حالات تندب اللحمية 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 بالرفض* وأنه يجب اللجوء للمساعدة الطبية فوراً عند حدوث الأعراض. (III, GQ, SR) يجب أن ينتبه الممارس لموجودات التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي* المشيرة للرفض 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 رأب العيون* وقد يحتاج الأمر إلى إحالات إلى الأخصائيين الطبيين الآخرين (, III, GQ, SR)

القصة المرضية لدى الفحص المبدي

- بدء الداء وسيره
 - انخفاض الرؤية
 - القصة العينية، الطبية والعائلية
- ### الفحص الفيزيائي المبدي
- تقييم الوظيفة البصرية
 - الفحص الخارجي
 - تبارز القرنية*
 - جلد الأجناف وحول الحجاج*
 - التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
 - وجود، امتداد وموقع الترقق* أو التبارز القرني
 - مؤشر لراحة عينية سابقة
 - وجود خطوط فوكت*، أعصاب قرنية بارزة*، حلقة فلايشتر* 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)

الفحوص التشخيصية

- قياس القرنية* (II+, MQ, DR)
- تحليل طوبوغرافية القرنية* (II-, MQ, SR)
- خريطة قوة الانكسار الطوبوغرافية*
- خريطة الارتفاع الطوبوغرافية* (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 اللحمية* قد يحسن تحمل العدسة اللاصقة وأفضل قدرة بصرية مصححة عند مرضى بروز القرنية، القرنية الشفافة، وعدم تحمل* العدسة اللاصقة

وذمة وكثافة القرنية [التقييم المبدئي]

- دليل على تعطل* ظهاري، ارتشاح* لحمي، نمو داخلي* ظهاري، خطوط*، تسمك* موضع، ترقق*، تندب، تغيم* السطح البيئي*، خطوط أو التهاب، أو توعي* لحمي
- دليل على تنقط*، تمزق* أو انفصال* غشاء ديسمييه*، حويصلات* بطانية*، ترسبات* كيراتينية* (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* بالأمواف فوق الصوت*

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي

- الأعراض: عدم وضوح أو تبدل الرؤية؛ رهاب الضوء*؛ الاحمرار؛ الدماغ*؛ إحساس منقطع بجسم أجنبي؛ الألم
- زمن البدء
- سرعة البدء
- الاستمرارية
- التظاهر الوحيد أو الثنائي الجانب
- العوامل المعدلة، مثل تحسن الرؤية المرتبط بالعوامل المحيطية*
- القصة العينية والطبية السابقة
- الأدوية الوضعية والجهازية
- الرضوض
- ارتداء العدسة اللاصقة
- القصة العائلية والاجتماعية

الفحص الفيزيائي المبدئي

- 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 موضعية*
- وذمة ظهارية* أو لحمية* بالأساس

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 اللجوء للجراحة
 - وذمة القرنية: التدبير الطبي
 - يساعد تخفيض ضغط العين المرتفع
 - لا يجب أن تكون مثبطات* الكربونيك أنهيدراز* الموضعية الخط الأول في المعالجة عند الشك بسوء وظيفة* البطانة* (II-, MQ, SR)
 - يمكن أن تضبط الستيروئيدات القشرية* الموضعية الالتهاب* بعد استبعاد الخمج* (III, GQ, SR)
 - قد يحدث الداء الظهاري* ذو الكبيسات الدقيقة* أو الفقاعي* عدم الراحة* أو الألم مما يتطلب وضع عدسة لاصقة* ضمادية*. (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* البطاني*
 - 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 الضمادية 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 التتضير* 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 ابيضاضات 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* البطاني
 - 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 بهكذا تحديات لإتاحة التوقعات الملائمة واتخاذ القرار بعد كامل الاطلاع* (III, GQ, SR)

متلازمة العين الجافة [التقييم المبدئي]

- الرأس والعنق، جراحة علاج الألم العصبي لمثلث التوائم*
(II+, GQ, SR)
- تشيع* الحجاج* (II+, GQ, SR)
- الأمراض العصبية (مثال: دار باركنسون*، شلل بل*، متلازمة Riley-Day، الألم العصبي لمثلث التوائم)
(II+, GQ, SR)
- جفاف الفم، تجوف* الأسنان، القرحة* الفموية
(II+, GQ, SR)
- التعب (II+, GQ, SR)
- آلام المفاصل، آلام العضلات (II+, GQ, SR)

الفحص الفيزيائي المبدئي

- حدة* البصر
- الفحص الخارجي
 - الجلد (تصلب الجلد وتغييرات الوجه المتناسقة مع الوردية والزهمية*)
 - الأجناف (الإغلاق/سوء التوضع غير الكامل والوميض غير الكامل أو غير المتكرر وتلكؤ الجفن وحمامي هوماش 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 المثلث التوائم]) والعصب السابع من الأعصاب القحفية [عصب الوجه]*
 - اليدين (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 الأجناف الأمامية والخلفية (الحالات الشاذة للأكياس الدهنية حول العين [مثل، حؤول الفتحات والزيت الواقية التعبيري المنخفض الضمور] وميزة إفرازات الغدة اللعابية [مثل، التعتك والمثخن 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 الليسامين أو الأصباغ الفلوريسينية، الاحتقان، الجفاف الموضع، التقرن، الوذمة، التهدل، 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 السبل والترقيق والترشحات والقرحة والتندب التوعي الحديث ودليل على جراحة القرنية والانكساري*)

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي

- الأعراض والعلامات العينية (الحساسية والدماع والحروق والقراض وحساسية الجسم الخارجية أو الجفاف والحكة اللطيفة ورهاب الضوء والرؤيا غير الواضحة والحساسية تجاه العدسات اللاصقة والاحمرار وتفرغ 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 المنطقة*، الداء الفقاعاني الغشائي المخاطي* العيني، متلازمة* ستيفن جونسون*، انعدام القرحة*، مرض الطعم ضد المضيف*) (III, GQ, SR)
 - جراحة النقاط* الدمعية (III, GQ, SR)
 - جراحة الأجناف (مثال: جراحة سابقة لإصلاح الانسدال*، رأب الأجناف*، إصلاح الشتر الداخلي* / الشتر الخارجي*) (III, GQ, SR)
 - شلل بل* (III, GQ, SR)
 - 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 الأجناف* والأهداب* (II+, GQ, SR)
 - التآتب* (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: اللمفوما*، الساركويد*) (II+, GQ, SR)
 - الأدوية الجهازية (مثال: مضادات الهيستامين*، المدرات*، الهرمونات والمضادات* الهرمونية، مضادات الاكتئاب*، الأدوية المضادة للالانظميات* 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)
 - الأحمال الفيروسية المزمنة (مثال: التهاب الكبد* C، فيروس عوز المناعة المكتسب*) (II+, GQ, SR)
 - الجراحة غير العينية (مثال: اغتراس* نقي العظم*، جراحة

العين الجافة [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

تدبير العناية

- رفو الأجاجان* (III, IQ, DR)
- مراقبة المرضى الموضوعين على العلاج بالستيروئيدات القشرية خشية حدوث التأثيرات الجانبية* كارتفاع ضغط العين، ذوبان* (تلاشي) القرنية، وتشكل الساد* (III, GQ, SR)
- **توعية وتعليم المريض**
 - إعلام المرضى حول الطبيعة المزمدة 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)
- **تدبير العناية**
 - تعالج 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 الأجاجان (الكمادات الدافئة* والعناية بصحة الأجاجان*) (III, IQ, DR)
 - معالجة العوامل العينية المساهمة كالتهاب حواف الأجاجان* والتهاب غدد ميبوميوس* (II++, GQ, DR)
 - تصحيح شذوذات* الأجاجان (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:
 - الشدات* الكولنرجية* الجهازية
 - العوامل الجهازية المضادة للتهاب
 - العوامل الحالة للمخاط* (III, IQ, DR)
 - الدموع المصلية الإسوية*
 - العدسات اللاصقة*
 - تصحيح شذوذات* الأجاجان
 - الإغلاق الدائم للنقاط الدمعية (III, IQ, DR)

الغمش - العين الكسولة - [التقييم المبدي وعند المتابعة]

- والاجتماعية والنفسية للمريض [III:A].
 - هدف المعالجة هو تحقيق تساوي حدة البصر بين العينين [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]
 - الالتزام بخطة العلاج [III:A]
 - الآثار الجانبية للعلاج [III:A]
 - الدقة البصرية لكل عين [III:A]
 - تم ترتيب الفحص عند المتابعة بشكل عام لتكون من شهرين إلى 3 شهور بعد بدئ العلاج [III:A]
 - يختلف التوقيت وفقاً لكثافة العلاج وعمر الطفل [III:A]
 - المراقبة المستمرة مطلوبة لأن ربع عدد الأطفال الذين تم علاجهم بنجاح يعانون من تجدد حدوث المرض خلال العام الأول بعد توقف العلاج. [III:A]
- 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]

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر

[الدليل]

- 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 المبدي [العناصر الدليلية]

- تقييم حدة* البصر ونموذج التثبيت* [III:A]
- الارتصاف بكلتا العينين والحركية العينية [III:A]
- اختبار 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]

تدبير العناية

- يجب إعطاء كل الأطفال الذين يعانون من العين الكسولة محاولة أخرى عند العلاج بغض النظر عن العمر [III:A]
- يتم اختيار المعالجة اعتماداً على عمر المريض، حدة البصر، المطاوعة* مع المعالجة السابقة، والحالة الفيزيائية

الحول الأنسي [التقييم المبدي وعند المتابعة]

التقييم عند المتابعة

- إن التقييم الدوري ضروري بسبب خطورة تطوير الغمش دون الرؤية بالمنظار المزدوج والمعودة [III:A]
- قد تتم متابعة الأطفال الذين تم إجراء ارتصاف لهم بشكل جيد والذين قد لا يعانون من الغمش كل 4 إلى 6 شهور. [III:A]
- يمكن تقليل معدل زيارات المتابعة إذا كان طفلاً ناضجاً. [III:A]
- قد تشير النتائج الجديدة أو المتغيرة إلى ضرورة إجراء مزيد من فحوصات المتابعة المتكررة. [III:A]
- يجب تقييم مد البصر سنوياً على الأقل وبشكل متكرر في حالة انخفاض الدقة البصرية أو زيادة الحول الإنسي [III:A]
- ينصح بتكرار الفحص الخاص بانكسار شلل العضلة الهدبية إذا لم يستجب الحول الإنسي للدواء الموصوف المبدي لانكسار طول النظر أو عند معاودة الحول الإنسي بعد الجراحة. [III:A]

توعية وتعليم المريض

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

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدلية]

- 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، (الحول*، الغمش*، نوع من النظارات وقصة الارتداء، جراحة على العضلات خارج العين، الأمراض الوراثية)*. [III:A]

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدلية]

- نموذج التثبيت وحدة* البصر [III:A]
- الارتصاف* العيني الثنائي (للبعد والقرب) [III:A]
- وظيفة العضلات خارج العين [III:A]
- اختبار الرأفة العينية الحركية لعين واحدة ولكلتا العينين الخاص بعدم تماثل التتبع المؤقت الأنفي. [III:A]
- اكتشاف الرأفة الكامنة أو الظاهرة* [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 بقدر الإمكان [III:A]
- توصف العدسات المصححة لأي سوء انكسار هام سريرياً [I:A]
- إذا كان التدبير الخاص بالغمش والنظارات غير فعال في ارتصاف العينين، فيستطب التصحيح الجراحي [III:A]
- البدء بمعالجة الغمش قبل الجراحة لتبديل زاوية الحول وزيادة أرجحية تطور الرؤية بالعينين* [III:A]

الحول الوحشي [التقييم المبدي وعند المتابعة]

التقييم عند المتابعة

- يعتمد معدل تقييمات المتابعة على عمر الطفل، والقدرة على التمتع بدقة بصرية، والتحكم في الانحراف [III:A]
- يتم فحص الأطفال الذين يعانون من التحكم الانصهاري الجيد في الحول الوحشي المتقطع والذين لا يعانون من الغمش كل 6 إلى 12 شهرًا [III:A]
- يمكن زيادة الفترة الفاصلة بين الفحوص بمجرد انخفاض النضج المرئي [III:A]
- يتضمن التقييم القصة خلال الفترة الفاصلة بين الفحصين، والالتزام* بالعلاج (إذا كان هناك معالجة)، وتقييم الحركية العينية [III:A]

توعية وتعليم المريض

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

القصة المرضية لدى الفحص المبدي [العناصر الدليلة]

- 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 (الحول*، الغمش*، نوع النظارات وقصة ارتدائها، جراحة على العضلات خارج العين، الأمراض الوراثية)* [III:A].

الفحص الفيزيائي المبدي [العناصر الدليلة]

- نمط التثبيت وحدة* البصر [III:A]
- الارتصاف* العيني الثنائي (للبعد والقرب) [III:A]
- وظيفة العضلات خارج العين [III:A]
- اكتشاف الرؤية الكامنة أو الظاهرة* [III:A]
- الاختبارات الحسية* [III:A]
- الانكسار* / تنظير الشبكية* مع إرخاء المطابقة* [III:A]
- تنظير قعر العين* [III:A]

تدبير العناية

- يجب مراقبة كل أشكال الحول الوحشي حيث إن بعضها يتطلب العلاج [III:A]
- يمكن متابعة الأطفال الذين يعانون من الحول الوحشي المتقطع والتحكم الانصهاري الجيد دون جراحة [III:A]
- الانحرافات الموجودة كل الوقت أو معظمه تتطلب العلاج [III:A]
- توصف العدسات المصححة لأي سوء انكسار هام سريرياً [III:A]
- النماذج الأمثل من المعالجة ما تزال غير مثبتة تماماً

الجراحة الإنكسارية القرنية [التقييم المبدئي وعند المتابعة]

القصة المرضية لدى الفحص المبدئي

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

الفحص الفيزيائي المبدئي

- حدة* البصر للبعد بتصحيح وبدون 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 و سطح العين [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]
- التحقق من الأجهزة والأدوات ومعايرتها قبل العملية [III:A]
- يتحقق الجراح من هوية المريض، العين المجراة عليها العملية، ومن صحة إدخال المعلومات والبيانات في الكمبيوتر الملحق بجهاز الليزر* [III:A]

العناية بعد العمل الجراحي

- يعد الجراح مسؤولاً عن التدبير بعد الجراحة [III:A]
- بالنسبة للعمليات التي تستخدم تقنية التسحيح السطحي*، ينصح بالفحص في اليوم التالي للجراحة ثم كل 2 - 3 أيام حتى اكتمال التئام الظهارة [III:A]
- بالنسبة لعمليات الليزر غير المترافقة بمضاعفات*، يتم الفحص خلال 36 ساعة من الجراحة، وتكون الزيارة الثانية بعد 1 - 4 أسابيع، ومن ثم تحدد الزيارات حسب ما 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 (مثال: التهاب القرنية الجرثومي*، التهاب القرنية العقيم*، بروز القرنية*)
 - تبدل في الوظيفة البصرية، والتي ليست بالضرورة أن تقاس باختبار حدة الإبصار*، 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
 - متلازمة التآكل المعاود
 - قيود جراحة العيون المتعلقة بمد البصر الشبخوخي واحتمال فقد وظيفة قصر النظر غير المصحح المصاحبة لتصحيح قصر النظر
 - فوائد ومساوئ الرؤية الوحيدة* (بالنسبة للمرضى بعمر قصو البصر*)
 - فوائد ومساوئ التسحيح* التقليدي* المتقدم*
 - 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
 - قد تؤثر على الدقة المتوقعة لحسابات IOL لجراحة الماء الأبيض اللاحقة
 - وضع خطط العناية بعد العمل الجراحي (ظروف العناية، مقدمي العناية)

ملحق /1/

المترادفات الإنكليزية للتعبير والمصطلحات الواردة في الترجمة العربية

أ	
Giant cell arteritis: التهاب الشريان ذو الخلايا العملاقة:	ابيضاض القرنية: Leukoma
Endophthalmitis: التهاب باطن العين:	اتخاذ القرار بعد كامل الاطلاع: Informed Decision-
Blepharitis: التهاب حواف الأجفان:	making
Uveitis: التهاب عنبة:	أجزاء دائرية قرنية داخل اللحمية: Intrastromal Corneal
Meibomianitis: التهاب غدد ميبوميوس:	Ring Segment
Bacterial keratitis: التهاب قرنية جرثومي:	أجسام سابحة: Floaters
Hepatitis: التهاب كبد:	أحادي الجانب: Lateralizing
Rheumatoid arthritis: التهاب مفاصل رثياني:	إحالة: Referral
Conjunctivitis: التهاب ملتحمة:	احتقان: Injection
Keratoconjunctivitis: التهاب ملتحمة وقرنية:	أحماض دهنية: Fatty acids
Inflammatory: التهابي:	أخصائي الغدد الصم: Endocrinologist
Trigeminal neuralgia: ألم عصبي لمثلث التوائم:	ارتشاح: Infiltrate / Infiltration
Polymyalgia rheumatica: ألم العضلات الرثياني:	ارتصاف: Alignment
Preauricular: أمام الأذن:	ارتكاس: Reaction
Extent: امتداد:	أرج: Allergy
Amoebic: أميبي:	أرجية: Allergic
Deviation: انحراف:	استحلاب البللورة: Phacoemulsification
Bias: انحياز:	استخراج المخاط: Mucus Fishing
Prognosis: إنذار:	استسقاء: Hydrops
Occlusion: انسداد:	استطببات: Indications
Branch retinal vein occlusion: انسداد وريد شبكي فرعي:	إسوي: Autologous
Central retinal vein occlusion: انسداد وريد شبكي مركزي:	إصابة: Injury
Ptosis: انسدال:	اصطناعية: Artificial
Aniridia: انعدام القزحية:	أصغري: Minimal
Detachment: انفصال:	اضطراب: Disorder/Abnormality
Retinal detachment: انفصال شبكية:	إطراق: Ptosis
Refraction: إنكسار:	إعادة تعزيز: Reinforce
Overrefraction: انكسار مضاف:	اعتلال تخثر: Coagulopathy
Refractive: إنكساري:	اعتلال شبكية: Retinopathy
Keratorefractive: إنكساري قرني:	اعتلال شبكية سكري تكاثري: Proliferative Diabetic
Ellipsoid: اهليلجي:	Retinopathy
Eyelashes: أهداب:	اعتلال عقد لمفاوية: Lymphadenopathy
new vessels on the disc: أوعية حديثة على القرص:	اعتلال قرنية: Keratopathy
new vessels elsewhere: أوعية حديثة في مكان آخر:	اغتراس: Transplant / Transplantation
Primary: أولي:	أفضل حدة بصرية مصححة: Best-corrected Visual
Gram-positive: إيجابية الغرام:	Acuity
ب	
Prominent: بارز:	إفقاري: Ischemic
Parkinson: باركنسون:	أكزيمة: Eczema
Keratoprosthesis: بدائل القرنية:	إكزيمر: Excimer
Chalazion: بردة:	أكسيد النتروز: Nitrous oxide
	التصاقات: Synechiae
	التهاب: Inflammation

Precipitate: ترسب	Keratectasia / Corneal Ectasia: بروز القرنية
Thinning: ترقق	Predominantly: بشكل سائد
Triamcinolone: تريامسينولون	Operculated: بشكل غطاء
Madarosis: تساقط الأهداب	Bulbar: بصلية
Indicated: تستطب	Iridotomy: بضع قزحية
Ablation: تسحيج	Capsulotomy: بضع محفظة
Surface ablation: تسحيج سطحي	Endothelium: بطانة
Leakage: تسرب	Endothelial: بطاني
Indentation: تسطيح	Glaukomflecken: بقع زرقية
Thickening: تسمك	cotton-wool spots: بقع قطن-صوف
Crosslinking: تشبيك	Macula: بقعة
Diagnostic: تشخيصية	Pseudophakic: بلورة كاذبة
Immunodiagnostic: تشخيصية مناعية	Tectonic: بنائي
Radiation: تشعيع	structural: بنيوية
Neovascularization: تشكل الأوعية الحديث	Focal: بؤر
Metamorphopsia: تشوه المرئيات	Genitourinary: بولية تناسلية
Over-the-counter: تصرف من دون وصفة طبية	Bowman: بومان
Scleroderma: تصلب الجلد	ت
Trabeculoplasty: تصنيع التريبك	Atopy: تأتب
Ultrasonography: تصوير بالأموح فوق الصوتية	Atopic: تأتبية
Stereophotography: تصوير مجسم	Side effects/ Adverse effects: تأثيرات جانبية
Optical coherence tomography: تصوير مقطعي بصري	Autofluorescence: تالف ذاتي
Angiography: تصوير وعائي	Protrusion: تبارز
Enhancement: تعزيز	Contrast: تباين
Breackdown: تعطل	Refractive lens exchange: تبديل البلورة الإنكساري
Dusting: تغبر	Hyperemia: تبيغ
Patching: تغطية	Fixation: تثبيت
Haze: تغيم	Randomized Controlled trial: تجربة عشوائية ذات شاهد
Scleral depression: تفريض الصلبة	Empiric: تجريبية
Excavation: تقعر	Descemet Stripping: تجريد ديسميه
Cup-to-Disc: تقعر إلى قرص	Cavities: تجوف
Classical/Conventional: تقليدي	Subspecialist: تحت أخصائي
Suppuration: تقحج	Subclinical: تحت سريري
Hypopyon: تقحج الغرفة الأمامية	Subepithelial: تحت ظهاري
Proliferative: تكاثري	Subfoveal: تحت نقرة
Choroidal: تكون الأوعية الحديث المشيماني	Gazing: تحديق
Neovascularization	Break-up: تحطم
Fibrosis: تليف	Computer-based image analysis: تحليل صورة بواسطة الكمبيوتر
tear: تمزق	Topography: تحليل طبوغرافية
Dialyses: تمزقات شبكية محيطية	Tolerance: تحمل
Syneresis: تميع	Photocoagulation: تخثير ضوئي
Debridement: تنضير	Thermal laser photocoagulation: تخثير ضوئي حراري بالليزر
Microscopy: تنظير	Panretinal photocoagulation: تخثير ضوئي لكامل الشبكية
Biomicroscopy: تنظير حيوي	Ultrasonography: تخطيط الصدى
Stereo biomicroscopy: تنظير حيوي مجسم	Second-hand smoke: تدخين سلبي
Gonioscopy: تنظير زاوية	
Retinoscopy: تنظير شبكية	

Cohort: حشدية
Cup: حفيرة
Injection: حقن
Itching: حكة
Vitreopharmacolysis: حل دوائي للزجاجي
Herpes zoster ophthalmicus: حلاً نطاقي عيني
Pregnancy: حمل
Limbus: حوف
Strabismus: حول
Periorbital: حول الحجاج
Esotropia: حول أنسي
Exotropia: حول وحشي
Vesicle: حويصل

خ

Red-free: خالي من الأحمر
Malignancy: خباثة
Thrombotic: خثاري
Topographic Power Map: خريطة قوة الانكسار الطبوغرافية
Topographic Elevation Map: خريطة الارتفاع الطبوغرافية
Biopsy: خزعة
Hemoglobin: خضاب
Stria: خط
Risk-benefit: خطر / فائدة
Occult: خفي
Mild: خفيف
Mast-cells: خلايا بدينة
Ametropia: خلل انكسار
Infection: خمج
Infectious: خمجي

د

Intravitral: داخل الزجاجي
Floppy Eyelid Disease: داء الجفن المرن
Diabetes: داء السكري
Mucous membrane pemphigoid: داء قفاعي غشائي مخاطي
Gliial: دبقية
Cohort: دراسات تحليلية
Case control analytical studies: دراسات تحليلية رجعية لحالات سريرية مع شاهد
Shield: درع
Tearing: دماغ
Nasolacrimal: دمعية أنفية
Descemet: ديسمييه
Dexamethasone: ديكساميثازون

ذ

Systemic lupus erythematosus: ذئبة حمامية جهازية
Microctstic: ذو الكبيسات الدقيقة

Fundusoscopic examination: تنظير قعر العين
Indirect ophthalmoscopy: تنظير قعر العين اللامباشر
Stereoscopic visualization/: تنظير مجسم
Stereoscopic examination

Guttae: تنقط

Degeneration: تنكس

Tapetoretinal Degeneration: تنكس شبكي

Lattice degeneration: تنكس شبكي

Age-related Macular Degeneration: تنكس لطفة مرتبط بالعمر

Parasthesia: تتمل

Chalasis: تهدل

Irritation: تهيج

Involvement: تورط

Swelling: تورم

Malaise: توعك

Vascularization: توعي

Apnea: توقف التنفس

Glare: توهج

ث

Penetrating: ثاقب

Hole: ثقب

Pinhole: ثقب ضيق

Binocular: ثنائي الرؤية

Biaxial: ثنائية المحور

ج

Juxtafoveal: جانب اللطفة

Proptosis: جحوظ

Filtering surgery: جراحة راشحة

Dose: جرعة

Loading dose: جرعة تحميل

Follicles: جريبات

Race: جنس

Systemic: جهازية

Sjögren: جوغرن

ح

Acute: حاد

Case-Control: حالة-شاهد

Mucolytic: حالة للمخاط

Strands: حبال

Orbit: حجاج

acuity: حدة

Stereoacuity: حدة الرؤية المجسمة

Pupil: حدقة

Motility: حركية

Myopia: حسر البصر

Sensory: حسية

سنلن: Snellen
سوء انكسار: refractive error
سوء وظيفة: Dysfunction / Malfunction

ش

شادات: Agonists
شامل: Pan
شايம்பفلوغ: Scheimpflug
شبكة: Grid
شبكة أمسلر: Amsler grid
شبيكي عصبي: Neuroretinal
شبيكية: Retina
شتر خارجي: Ectropion
شتر داخلي: Entropion
شحميات: Lipid
شد: Traction
شديد: Severe
شذوذات: Abnormalities
شرر ضوئي: Photopsia
شريحة: Splint
شريط: Band
شطوي: Splinter
شعرة: Trichiasis
شعرية: Capillary
شفاقية: Clarity
شفع: Diplopia
شق: Break
شق شبكي: Retinal break
شقية: Incisional
شلل بل: Bell palsy

ص

صاد / صاد حيوي: Antibiotic
صباغ: Pigment
صداف: Psoriasis
صدغي: Temporal
صغير الشق: Small incision
صفيحي: Lamellar
صلابة: Rigidity
صلبة: Sclera
صلبية: Scleral
صمة: Embolus
صمي: Embolic
صمغ: Glue
صيانة: Maintenance

ض

ذو نطاق طيفي: Spectral domain
ذوبان: Melting

ر

رأب أجفان: Blepharoplasty
رأب قرنية: Keratoplasty
رأب عين: Oculoplasty
رأرأة: Nystagmus
ربو: Asthma
رتج: Fornix
رتجية: Forniceal
رضي: Traumatic
رطوبة: Moisture
رفض: Rejection
رفو الأجفان: Tarsorrhaphy
رهاب الضوء: Photophobia
رؤية بالعينين: Binocularity
رؤية وحيدة: Monovision
ريتينوئيدات: Retinoids

ز

زجاجي: Vitreous
زجاجي شبكي: Vitreoretinal
زجاجي لطخي: Vitreomacular
زرع: Culture
زرق: Glaucoma
زهمية: Seborrhea

س

ساحة بصرية: Visual field
ساد: Cataract
ساركويد: Sarcoidosis
ستيروئيد قشري: Corticosteroid
ستيفن جونسون: Stevens-Johnson
سحجة: Erosion
سدادة: Plug
سرطانة: Carcinoma
سرطانة زهمية الخلايا: Sebaceous cell carcinoma
سرير لحمي: Stromal bed
سريرية: Clinical
سطح العين: Ocular surface
سطح بيني: Interface
سطح فاصل بين الشبكية والزجاجي: Vitreoretinal interface
سطوع: Glare
سكتة دماغية: Stroke
سلبية الغرام: Gram-negative
سمية: Toxicity
سن الإياس: Menopause

Enviromental Factors: عوامل محيطية:
Anti-vascular endothelial growth factor agents: عوامل مضادة لعامل النمو البطاني الوعائي:
Relative afferent pupil defect: عيب حدقي وارد جزئي:
Lagophthalmos: عين الأرنب:
Randomized controlled trial: عينة ذات توزيع عشوائي وذات شاهد:

غ

Meibomian gland: غدد ميوميوس:
Anterior Chamber: غرفة أمامية:
Amblyopia: غمش:
Nontuberculous: غير سلية:
Indirect: غير مباشر:
off-label: غير مصنف:
Decentered: غير مركزي:

ف

Cytology: فحص خلوي:
Stereoscopic examination: فحص مجسم:
Hyperlipidemia: فرط شحوم الدم:
Hypertension: فرط ضغط الدم:
Fungal: فطري:
Effectivness: فعالية:
Bullous: فقاعي:
Fleischer: فلايشر:
Ultrasound: فوق الصوت:
Ultraviolet: فوق بنفسجية:
Epiretinal: فوق شبكي:
Vogt: فوكت:
Herpes simplex virus: فيروس الحلا البسيط:
Varicella zoster virus: فيروس الحماق وداء المنطقة:
Human immunodeficiency virus: فيروس عوز المناعة المكتسب:
Adenovirus: فيروسات غدوية:

ق

Expansile: قابل للتمدد:
Foldable: قابل للطوي:
Rigid: قاسية:
Cranial: قحفية:
Ulcer: قرحة:
Optic disc: قرص بصري:
Cornea: قرنية:
Keratoconus: قرنية مخروطية:
Iris: قزحية:
Presbyopia: قصو البصر:
Failure: قصور:
Sectoral: قطاعي:
Posterior pole: قطب خلفي:

Antagonists: ضادات:
Beta-adrenergic antagonists: ضادات مستقبلات بيتا الأدرنرجية:

Compression: ضغط:

Bandage: ضمادية:

Atrophy: ضمور:

Atrophic: ضموري:

ط

Retinal Nerve Fiber layer: طبقة الألياف العصبية الشبكية:

Allergist: طبيب حساسية:

Pathologist: طبيب مختص بالمرضيات:

Blinking: طرف العين:

Graft-versus-host: طعم ضد مضيف:

ظ

Raynaud Phenomenon: ظاهرة رينو:

Manifest: ظاهري:

Tarsal: ظفرية:

Retinal Pigment Epithelium: ظهارة شبكية صباغية:

Epithelial: ظهاري:

ع

Opaque: عاتمة:

High-risk: عالي الخطورة:

Comprehensive: عام:

Threshold: عتبة:

Scotoma: عنمة:

Invasive: عدائي:

Lens: عدسة:

IOL: عدسة داخل العين:

Contact lens: عدسة لاصقة:

Piggyback Contact Lens: عدسة لاصقة خلفية:

Irregularity: عدم انتظام:

Intolerance: عدم تحمل:

Asymmetry: عدم تناظر:

Discomfort: عدم راحة:

Symptomatic: عرضي:

Ethnicity: عرق:

Dysphagia: عسر البلع:

Dysuria: عسر تبول:

Optic nerve: عصب بصري:

Rod: عصية:

Organism: عضوية:

Penalization: عقاب:

Mental: عقلية:

Sterile: عقيم:

Eyelid hygiene: عناية بصحة الأجناف:

مثبطات: Inhibitors
 محدث بالبلورة: Lens-induced
 محوسب: Computerized
 مخاطية: Mucosal
 مخموج: Infected
 مد البصر: Hyperopia
 مدرات: Diuretics
 مرآتي: Specular
 مراهرة: Teenage
 مرهم: Ointment
 مستقبل ضوئي: Photoreceptor
 مستقطب: Confocal
 مستوى قاعدي: Baseline
 مسؤول العناية: Caregiver
 مشورة: Counseling
 مصباح شقي: Slit-lamp
 مصطبغة: Pigmented
 مصل: Serum
 مضاد استطباب: Contraindicated
 مضاد للكولين: Anticholinergic
 مضادات اكتئاب: Antidepressants
 مضادة للالتهاب: Anti-inflammatory
 مضادة للانظميات: Antiarrhythmic
 مضادة للهستامين: Antihistamine
 مضاعفات: Complications
 مضيف: Host
 مطاوعة: Compliance
 مطهرة: Antiseptic
 مع إرخاء المطابقة: Cycloplegic
 معالجة ضوئية دينمية: Photodynamic Therapy
 معالجة كيميائية: Chemotherapy
 معتدل: Moderate
 معطي: Donor
 معياري: Standard
 مفترض: Presumed
 مفرزات: Discharge
 مقاومة: Resistant
 مقبضات الأوعية: Vasoconstrictor
 مكملات: Supplements
 مكورة: Coccus
 مكورة بنية: Gonococcus
 مكورة عنقودية: Staphylococcus
 مكورة معوية: Enterococcus
 ملتحمة: Conjunctiva

قطع التربيق: Trabeculectomy
 قطع القرنية: Keratectomy
 قطع القرنية الإنكساري الضوئي: PRK
 قطع القرنية العلاجي الضوئي: Phototherapeutic
 Keratectomy
 قعر العين: Fundus
 قلبي وعائي: Cardiovascular
 قمال: Pediculosis
 قنيات: Canaliculi
 قياس القرنية: Keratometry
 قياس سماكة: Pachymetry

ك

كامنة / كمون: Potential
 كثافة: Opacification
 كربونيك أنهيدراز: Carbonic Anhydrase
 كشاطة: Scraping
 كمادات دافئة: Warm compresses
 كولاجين: Collagen
 كولنرجية: Cholinergic
 كيراتية: Keratic
 كيسة: Cyst
 كيبسية: Microcystic

ل

لا عرضي: Asymptomatic
 لحمة: Stroma / Matrix
 لحمي: Stromal
 لطاخة: Smear
 لطخة: Macula
 لمفوما: Lymphoma
 لمي: Limbal
 ليزك: LASIK

م

مبعثر: Scatter
 مبعد الجفن: Lid speculum
 متبقي: Residual
 متحدة المحور: Coaxial
 متدثرات: Chlamydia
 متدثرات حثرية: Chlamydia trachomatis
 متراجع: Involuted
 متصل: Attached
 متطورة: Sophisticated
 متفطرات: Mycobacteria
 متكلس: Calcific
 متلازمة: Syndrome
 متوسط الانحراف المعياري للنموذج: Mean Pattern Standard Deviation
 مثبتات: Stabilizers

Bone marrow: نقي العظم	ملحقات: Adnexae
Recurrence: نكس	منتشر: Diffuse
Ingrowth: نمو داخلي	منطقية: Regional
Nocardia: نوكارديا	منظار قعر العين المباشر: Direct ophthalmoscope
هـ	منعكس أحمر: Red reflex
Haloes: هالات	مواجهة: Confrontation
Hybrid: هجينة	موافقة مستنيرة: Informed consent
Crescentic: هلالي	موجه بالمسار الموجي: Wavefront-guided
Gel: هلام	موجودات: Findings
Hydrogel: هلام مائي	مؤرج: Allergen
و	موضع: Localized
afferent: وارد	موضعي: Local
Chemosis: وذمة	ن
Edema: وذمة	ناكس: Recurrent
Clinically Significant: وذمة اللطخة الهامة سريريًا	نايسيريات بنية: Neisseria gonorrhoeae
Macular Edema	نتح: Exudation
Genetic: وراثية	نتحة: Exudate
Rosacea: وردية	ندبة: Scar
Tattooing: وشم	نزف: Hemorrhage
Functional: وظيفي	نضوج: maturity
Realistic: واقعية	نعل الفرس: Horseshoe
Neonatal: وليدي	نفوذة للغاز: Gas Permeable
	نقاط: Puncta
	نقص تروية: Ischemic

ملحق 12/

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

DALK: Deep Anterior Lamellar Keratoplasty

DR: Discretionary Recommendation

EDTA: Ethylene Diamine Tetraacetic Acid

FAZ: Foveal Avascular Zone

GQ: Good Quality

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

IOL: Intraocular Lens

IQ: Insufficient Quality

KP: Keratic Precipitates

LASIK: Laser assisted in situ keratomileusis

MPS: Macular Photocoagulation Study

MQ: Moderate Quality

Nd:YAG: Neodymium: Yttrium Aluminium Garnet

NPDR: Non-Proliferative Diabetic Retinopathy

NVD: new vessels on the disc

NVE: new vessels elsewhere

PDR: Proliferative Diabetic Retinopathy

PDT: Photodynamic Therapy

PRK: Photorefractive Keratectomy

PVD: Posterior Vitreous Detachment

RCT: Randomized Controlled Trial

RPE: Retinal Pigment Epithelium

SIGN: Scottish Intercollegiate Guideline Network

SLK: Superior Limbal Keratoconjunctivitis

SR: Strong Recommendation

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

VIP: Verteporfin in Photodynamic therapy

ملاحظة: تمت الترجمة بالإعتماد على المعجم الطبي الموحد وقاموس المورد



ملخص المعالم الرئيسية لدليل نموذج الممارسة المفضل®

توضيح وتنصل:

هذه النشرة هي ترجمة لنشرة الأكاديمية الأميركية لطب العيون ذات العنوان "ملخص المعالم الرئيسية". تعكس هذه النشرة الممارسة الحالية في الولايات المتحدة الأميركية عند تاريخ نشرها الأصلي من قبل الأكاديمية، وقد تتضمن بعض التعديلات التي تعكس الممارسات المحلية. لم تقم الأكاديمية الأميركية لطب العيون بترجمة هذه النشرة إلى اللغة التي قدمت فيها وتتصل من أية مسؤولية من أي تعديلات، أو أخطاء، أو إغفالات، أو أي غلط ممكن في الترجمة. تقدم الأكاديمية الأميركية لطب العيون هذه النشرة لأهداف تعليمية فقط. ولم يقصد بها تقديم الأسلوب أو الإجراء الوحيد أو الأفضل في كل حالة، أو استبدال حكم الطبيب أو إعطاء نصيحة مخصصة في تدبير حالة. إن تضمين جميع الإستطبابات، ومضادات الإستطباب، 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، وتعتمد على ضوء حالة وتاريخ المريض. إن الأكاديمية تتنصل بشكل خاص من أي أو كل 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 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.