

· 标准与规范探讨 ·

编者按 制定眼科医疗服务规范是保证医疗质量、避免医疗纠纷、遏制医疗价格上涨的重要措施。我国眼科界迫切需要眼科医疗服务指南。自 2002 年至今,中华医学会眼科学分会在中华医学会的领导下,逐步完成了我国眼科指南和操作规范的编写工作。但是,这些材料与国际同类材料比较,仍存在相当大差距,主要表现在我们在制定服务指南和操作规范时尚未充分遵循循证医学的原则,为此我们需要学习国外的先进经验。国际眼科理事会认为美国眼科学会编写的临床指南是目前最恰当和最好的眼科临床服务指南。从 2003 年 9 月开始,在世界卫生组织的支持下,我们进行了临床指南的引进工作。本文是在总结美国眼科学会眼科临床指南基准总结的基础上,由参加 2005 年 6 月中华医学会眼科学分会第 2 次临床指南工作会议的专家们(分为青光眼、视网膜、白内障、角膜和外眼病、小儿眼科学、屈光不正和视觉康复 6 个专题组)认真讨论的结果。专家们根据我国眼科的实际情况,对部分内容进行了修改。按照与美国眼科学会达成的协议,现将该材料作为中华医学会眼科学分会针对几种常见眼病的临床指南刊出,希望得到全国眼科医师的关注、重视,并在医疗工作中进行实践。

几种主要眼病临床指南总结(一)

目 录

前言

视网膜病

年龄相关性黄斑变性(初诊和随诊检查)

年龄相关性黄斑变性(治疗建议)

糖尿病视网膜病变(初诊和随诊检查)

糖尿病视网膜病变(治疗建议)

特发性黄斑裂孔(初诊检查)

玻璃体后脱离、视网膜裂孔和格子样变性(初诊和随诊检查)

白内障

白内障(初诊和随诊检查)

小儿眼科学

弱视(初诊和随诊检查)

内斜视(初诊和随诊检查)

外斜视(初诊和随诊检查)

青光眼

原发性开角型青光眼(初诊检查)

原发性开角型青光眼(随诊检查)

原发性开角型青光眼疑似患者(初诊和随诊检查)

原发性前房角关闭(初诊检查和治疗)

角膜和外眼疾病

细菌性角膜炎(初诊检查)

细菌性角膜炎(治疗建议)

睑缘炎(初诊和随诊检查)

结膜炎(初诊检查)

干眼病(初诊检查)

前 言

本文是在美国眼科学会发布的眼科临床指南基准总结

的基础上,由参加 2005 年 6 月中华医学会眼科学分会第 2 次临床指南工作会议的专家们(分为青光眼、视网膜、白内障、角膜和外眼病、小儿眼科学、屈光不正和视觉康复 6 个专题组)进行认真讨论和修改的结果。专家们根据我国眼科的实际情况,对部分内容进行了修改。按照与美国眼科学会的协议,本文作为中华医学会眼科学分会针对几种常见眼病的临床指南发表。

眼科临床指南的撰写基于 3 个原则:

- 每个临床指南必须与临床密切相关和高度特异,以便向临床医师提供有用的信息。

- 在临床指南中所提出的每一项建议必须具有表明其在临床诊治过程中重要性的明确等级。

- 在临床指南中所提出的每一项建议也必须具有表明其证据强度的明确等级,这些证据强度支持了所提出的建议,反映了可利用的最好证据。

临床指南是为临床医疗服务提供指南,而不是为个别特殊的个人提供保健措施。一方面其应当满足大多数患者的需要,但又不可能满足所有患者的需要。根据许多医学和社会方面的变量,预期采用不同的方法来满足一些患者的需要是有必要的。对某个特殊患者的治疗是否合适的最终判断应当由医师根据患者提供的所有情况来判断。严格遵照这些临床指南将不一定保证在任何情况都能获得成功的结果,不能认为这些指南包括了所有恰当的治疗方法,或者排除了能获得最好效果的合理的治疗方法。

对于每一种主要疾病,本指南均就其诊治过程,包括询问病史、体格检查和辅助检查的建议以及对主要处理方法、随诊和患者教育的建议进行了总结。每一册临床指南均进行了详细的 Medline 英文文献检索。专家委员会审阅了检索结果,并根据这些结果提出了建议,他们采用两种方法进行分级。

专家委员会首先对每条建议根据其在临床诊治过程中的重要性来进行分级。这种“临床诊治过程重要性”的评估分级表明专家委员会认为临床诊治应当通过各种有意义的方式来提高质量。重要性分级分为 3 个水平:

- A 级, 定义为最重要。
- B 级, 定义为中等重要。
- C 级, 定义为相关但不关键。

专家委员会也对在可利用的文献中用于支持每个建议的证据强度进行了分级。证据强度分级也分为 3 个等级:

• I 级强度的证据提供了很强的研究证据来支持建议的陈述(随机对照研究)。这一研究的设计应能解决所要解决的问题, 研究是在感兴趣的人群中进行的, 实施的方法足以得到准确和可靠的数据, 而且采用恰当的统计学方法进行分析。尽管研究的设计具有很高的统计学把握度和(或)所感兴趣的参数可信限区间很窄, 但是这一研究可得到具有统计学意义的结果或者能表明这些结果间没有差别。

• II 级强度的证据提供了一个坚实的研究证据来支持建议的陈述。虽然这一研究具有提供 I 级证据研究的许多特征, 但是其缺少提供 I 级证据研究的一种或多种成分。

• III 级强度的证据提供了与专家一致的意见, 但缺少 I 级和 II 级水平所具有的证据。

临床指南旨在为患者的诊治提供方向, 着重于技术方面。必须认识到在应用这些医疗技术时, 只有将患者的需求作为最重要的考虑时, 才有可能获得最好的结果。美国眼科学会将帮助其成员解决临床工作中出现的伦理难题。

视网膜病

年龄相关性黄斑变性(初诊和随诊检查)

初诊检查时病史(主要组成成分)

- 症状(视物变形、视力下降)。^[A:Ⅲ]
- 药物和营养补充物。^[B:Ⅲ]
- 眼部病史。^[B:Ⅲ]
- 全身病史。^[B:Ⅲ]
- 家族史, 特别是年龄相关性黄斑变性的家族史。^[B:Ⅱ]
- 个人史, 特别是吸烟史。^[B:Ⅱ]

初诊体格检查(主要组成成分)

- 视力。^[A:Ⅰ]
- 立体活体显微镜检查黄斑。^[A:Ⅰ]

辅助检查

临床考虑为年龄相关性黄斑变性时, 应行静脉注射荧光素眼底血管造影。^[A:Ⅰ]

- 患者主诉有新的视物变形时。
- 患者出现不能解释的视物模糊时。
- 临床检查发现视网膜色素上皮或视网膜隆起、视网膜下出血、硬性渗出或视网膜下纤维化时。
- 为了发现脉络膜新生血管及判定其范围、类型、大小

和位置, 计算病灶组成或典型性脉络膜新生血管比例时。

- 指导治疗(激光光凝术或维替泊芬光动力治疗)。
- 监测治疗后持续存在的或复发的脉络膜新生血管。
- 帮助确定临床检查不能解释原因的视力丧失。
- 每个荧光素眼底血管造影的机构必须有护理或急诊

处理计划和减少危险、处理任何并发症的预案。^[A:Ⅲ]

随诊检查时病史

- 视觉症状, 包括视力下降和视物变形。^[A:Ⅱ]
- 药物和营养补充物的改变。^[B:Ⅲ]
- 随诊期间眼部病史。^[B:Ⅲ]
- 随诊期间全身病史。^[B:Ⅲ]
- 个人史的变化, 特别是吸烟史。^[B:Ⅱ]

随诊时体格检查

- 视力。^[A:Ⅰ]
- 立体活体显微镜检查黄斑。^[A:Ⅰ]

接受热激光光凝术或光动力治疗患者术前和术后的处理

• 与患者讨论治疗危险、益处和并发症, 签署知情同意书。^[A:Ⅲ]

- 荧光素眼底血管造影后 1 周内进行治疗。^[A:Ⅰ]
- 首次热激光光凝术后 2~4 周随诊检查, 证实脉络膜新生血管是否闭塞, 进行荧光素眼底血管造影。^[A:Ⅰ]
- 热激光光凝术后 4~6 周随诊检查, 然后根据临床表现和检查结果进行判断, 进行荧光素眼底血管造影。^[A:Ⅰ]
- 维替泊芬光动力治疗后 2 年内, 至少每 3 个月进行 1 次荧光素眼底血管造影。^[A:Ⅰ]

患者教育

• 告知患者疾病的预后以及适合他们眼部功能状况的治疗价值。^[A:Ⅲ]

• 鼓励早期年龄相关性黄斑变性患者定期行散瞳后眼底检查, 以便尽早发现中期病变。^[A:Ⅲ]

• 告知中期年龄相关性黄斑变性患者发生脉络膜新生血管的新症状以及及时就诊的必要性。^[A:Ⅲ]

• 告知单侧患病者应当监测对侧眼视力, 即使没有症状也要定期随诊, 一旦出现新的或显著的视力症状, 应当及时就诊。^[A:Ⅲ]

• 对于具有行热激光或维替泊芬光动力治疗指征的脉络膜新生血管患者, 应当宣教如下内容: 治疗可以减少但不能消除严重视力丧失的风险; 热激光治疗可以产生持久的盲点, 并解释盲点对中心视功能的预期作用; 维替泊芬光动力治疗能减少中度和重度视力丧失的风险, 但多数患者在 2 年内仍然会丧失部分视力, 而视力的提高不常见; 成功的维替泊芬光动力治疗可能 2 年内需要多次重复治疗; 在热激光光凝术后脉络膜新生血管仍有残留或复发的风险, 可能需要追加激光治疗, 治疗后第 1 年风险最大; 为了进行恰当的随诊, 需要行多次荧光素眼底血管造影。^[A:Ⅲ]

• 向视功能下降的患者推荐寻求视觉康复和社会服务。^[A:Ⅲ]

年龄相关性黄斑变性(治疗建议)

治疗和随访(表 1)

糖尿病视网膜病变(初诊和随访检查)

初诊检查时病史(主要内容)

- 糖尿病病程。^[A:I]
- 以前血糖控制情况(糖化血红蛋白 A1c)。^[A:I]
- 药物。^[A:III]
- 全身病史(如青春期开始时间^[A:III]、肥胖^[A:III]、肾脏疾病^[A:II]、高血压^[A:I]、血脂水平^[A:II]、妊娠^[A:I])。

初诊体格检查(主要内容)

- 最好矫正视力。^[A:I]
- 眼压测量。^[A:III]
- 有适应证时行前房角镜检查(如虹膜新生血管或眼压升高时)。^[A:III]
- 裂隙灯活体显微镜检查。^[A:III]

- 散瞳检查眼底,最好使用后极部立体镜。^[A:I]

- 周边部视网膜及玻璃体检查,最好应用间接眼底镜或裂隙灯活体显微镜联合前置镜检查。^[A:III]

诊断

- 对双眼糖尿病视网膜病变的类别和严重程度进行分级,并指出是否存在有临床意义的黄斑水肿(CSME)。^[A:III]
- 每个类别的病变都有其一定的疾病进展风险。

随访时病史

- 视觉症状。^[A:III]
- 全身状态(妊娠、血压、肾功能)。^[A:III]
- 血糖状况(糖化血红蛋白 A1c)。^[A:I]

随访体格检查

- 视力。^[A:I]
- 眼压测量。^[A:III]
- 裂隙灯活体显微镜检查虹膜。^[A:III]
- 前房角镜检查(如果已出现或怀疑有虹膜新生血管、眼压升高)。^[A:II]

表 1 年龄相关性黄斑变性患者不同推荐治疗方法的适应证和随访建议

推荐的治疗	治疗适应证	随访建议
观察,不给予药物或手术治疗	无 AMD 的临床体征(AREDS 分类 1)	同成人综合眼部医疗评估的临床指南 ^[A:III]
	早期 AMD (AREDS 分类 2)	若无症状,无需行眼底照相或荧光素眼底血管造影 ^[A:I]
	晚期 AMD,双眼黄斑中心凹下地图样萎缩或盘样瘢痕	
根据 AREDS 报告,使用抗氧化维生素和微量元素补充物 ^[A:I]	中期 AMD (AREDS 分类 3)	监测单眼近视力(阅读或使用 Amsler 表) ^[A:III]
	单眼晚期 AMD (AREDS 分类 4)	如果没有症状,间隔 6~24 个月检查,一旦出现提示为 CNV 的新症状,应及时检查 ^[A:III]
		如有需要,进行眼底照相
		如果有水肿的证据或其他 CNV 体征和症状,行荧光素眼底血管造影
根据 MPS 报告行热激光光凝术 ^[A:I]	黄斑中心凹外典型性新发或复发 CNV	治疗后 2~4 周随访检查,行荧光素眼底血管造影;再过 4~6 周检查;以后根据临床和血管造影结果安排随访 ^[A:III]
	黄斑中心凹旁典型性 CNV	
	对于新的或复发的黄斑中心凹下 CNV,如果病灶 < 2 MPS 视盘面积,视力 ≤ 0.16,特别是有 PDT 的禁忌证或没有 PDT 条件的病例可以考虑	如果有指征,可以重复治疗
	视神经乳头旁 CNV 可以考虑	监测单眼近视力(阅读或使用 Amsler 表) ^[A:III]
根据 TAP 和 VIP 报告进行以维替泊芬为光敏剂的 PDT ^[A:I]	新的或复发的黄斑中心凹下 CNV,典型性成分超过病灶的 50%,整个病灶最大线性距离 ≤ 5400 μm	每 3 个月检查,行荧光素眼底血管造影,直到病情稳定,如果有适应证可以重复治疗 ^[A:III]
	对于视力 < 0.4 或高于 20/50,但 CNV < 4 MPS 视盘面积的隐匿性 CNV 可以考虑	监测单眼近视力(阅读或使用 Amsler 表) ^[A:III]

注:如果患者在热激光光凝术或维替泊芬光动力治疗后,在计划的随访时间前出现视力丧失或改变,需要及时检查,建议行荧光素眼底血管造影^[A:III]

AMD 示年龄相关性黄斑变性,AREDS 示年龄相关性眼病研究,CNV 示脉络膜新生血管,MPS 示黄斑光凝研究,PDT 示光动力治疗,TAP 示年龄相关性黄斑变性光动力治疗,VIP 示维替泊芬光动力治疗

- 散瞳后立体镜检查后极部视网膜。^[A:Ⅰ]
- 检查周边部视网膜和玻璃体。^[A:Ⅱ]

辅助检查

• 轻微的糖尿病视网膜病变,或者与以前眼底照片比较无变化的糖尿病视网膜病变,进行眼底照相的意义不大。^[A:Ⅲ]

• 在记录疾病明显进展和病变对治疗的反应时,眼底照相可能有用。^[B:Ⅲ]

• 荧光素眼底血管造影可用以指导 CSME 的治疗,^[A:Ⅰ]并用来评价不能解释原因的视力下降。^[A:Ⅲ] 荧光素眼底血管造影可以确立黄斑区毛细血管无灌注^[A:Ⅱ]和(或)黄斑水肿是视力下降的可能原因。

• 荧光素眼底血管造影并不是所有糖尿病患者常规检查的组成部分。^[A:Ⅲ]

• 荧光素眼底血管造影不是诊断 CSME 或增生性糖尿病视网膜病变(PDR)所必需的,两者都可以通过临床检查方法来诊断。

患者教育

- 讨论检查结果及其意义。^[A:Ⅱ]
- 鼓励没有糖尿病视网膜病变的糖尿病患者每年散瞳检查眼底。^[A:Ⅲ]
- 告知患者虽然视力良好和没有眼部症状,但糖尿病视网膜病变的有效治疗决定于及时的诊治。^[A:Ⅱ]
- 告知患者维持接近正常的血糖水平、接近正常的血压水平和降低血脂水平的重要性。^[A:Ⅲ]
- 要与有关的主管医师,如家庭医师、内科医师或内分泌医师多沟通眼部情况。^[A:Ⅲ]
- 当手术治疗无效以及进一步治疗得不到专业支持时,推荐咨询适当的康复或社会帮助。^[A:Ⅲ]
- 对视功能明显损伤患者推荐能为患者提供适当助视装置的有经验的视力康复机构。^[A:Ⅲ]

糖尿病视网膜病变(治疗建议)

治疗(表 2)

特发性黄斑裂孔(初诊检查)

初诊检查时病史(主要内容)

- 症状持续时间。^[A:Ⅲ]
- 眼部病史,包括青光眼或其他以往患过的眼病、外伤、手术或其他治疗。^[A:Ⅲ]
- 可能与黄斑病变相关的药物。^[A:Ⅲ]

初诊体格检查(主要内容)

- 视力。^[A:Ⅲ]
- 裂隙灯活体显微镜检查黄斑和玻璃体视网膜界面。^[A:Ⅲ]

处理

- 3 期和 4 期黄斑裂孔可以考虑手术治疗。^[A:Ⅰ]

表 2 糖尿病患者不同程度视网膜病变的推荐治疗方案

视网膜病变程度	CSME 表现*	随诊时间(月)	播散光凝	荧光素眼底血管造影	局部激光†
正常或轻微 NPDR	无	12	不需要	不需要	不需要
轻度或中度 NPDR	无	6~12	不需要	不需要	不需要
	有	2~4	不需要	常需要	常需要**
严重或极严重 NPDR	无	2~4	有时‡	少	不
	有	2~4	有时‡	常需要	常需要▲
非高危 PDR	无	2~4	有时‡	很少需要	不需要
	有	2~4	有时‡	常需要	常需要‡
高危 PDR	无	3~4	常需要§	很少需要	不需要
	有	3~4	常需要§	常需要	常需要▲
高危 PDR 不适合光凝(如屈光间质混浊)		1~6	不可能¶	偶尔需要	不可能¶

注: * 示例外,包括高血压或心衰性液体滞留、肾衰、妊娠或任何其他可能加重黄斑水肿的原因。这些病例可以延缓光凝治疗,而采用一段时间的药物治疗。同样,当黄斑中心凹未受累、患者视力很好、患者了解疾病的危险性且能够进行密切随访时,CSME 治疗可以暂缓; † 示局部光凝治疗是指对渗漏的微血管瘤直接光凝,或者对弥漫渗漏区域和荧光素眼底血管造影显示的非灌注区进行格栅样光凝; ‡ 示延缓 CSME 局部光凝是在黄斑中心凹未受累、患者视力很好、患者了解疾病危险性且可进行密切随访时的一种选择。然而同时要考虑到局部光凝开始治疗,因为这一治疗虽然不太可能提高视力,但可以稳定视力; § 示对于发展成为高危 PDR 的患者可以考虑进行播散(全视网膜)激光光凝术。对 II 型糖尿病患者的严重非增生性糖尿病视网膜病变(NPDR)行早期全视网膜激光光凝的疗效优于对 I 型糖尿病患者,对于严重 NPDR 和 II 型糖尿病患者可以考虑治疗。其他因素,如随诊依从性、即将进行白内障手术、妊娠和对侧眼状态,都有助于决定全视网膜光凝治疗的时机; ▲ 示某些专家喜欢在全视网膜光凝前先作局部光凝,以便降低全视网膜光凝加重黄斑水肿的程度; ¶ 示在某些病例可行玻璃体切除术

• 2 期黄斑裂孔手术治疗的益处尚无结论性证据,但是一般认为可以手术,以便预防疾病进展到晚期。^[A:Ⅲ]

• 没有足够的证据支持对 1 期黄斑裂孔进行手术治疗。^[A:Ⅲ]

接受治疗患者手术前、后的处理

• 告知患者手术的相对危险性、益处、手术以外的其他治疗方法以及需要使用眼内膨胀气体或采取特殊体位。^[A:Ⅲ]

• 讨论拟采用的麻醉方式,这样可使患者了解术中疼痛和意识清醒程度以及可能出现的并发症。^[A:Ⅲ]

• 制订术后处理计划,并向患者告知这些安排。^[A:Ⅲ]

• 告知青光眼患者,在围手术期可能会出现眼压升高。^[A:Ⅲ]

• 术后 1 或 2 d 内检查,然后术后 1~2 周再检查。^[A:Ⅲ]

患者教育

• 告知患者一旦出现漂浮物增加、视野缺损或视力下降等症状要及时就诊。^[A:Ⅱ]

• 告知患者在眼内填充气体几乎完全吸收之前,要避免飞行、进入高纬度地区或应用一氧化氮全身麻醉。^[A:Ⅲ]

• 告知单眼黄斑裂孔患者,在 5 年内对侧眼出现黄斑裂孔的可能性无玻璃体后脱离(PVD)者为 10%~15%,存在 PVD 者为 2%。^[A:Ⅲ]

• 对术后视力损伤影响功能的患者推荐视力康复和社会服务。^[A:Ⅲ]

玻璃体后脱离、视网膜裂孔和格子样变性 (初诊和随诊检查)

初诊检查时病史(主要内容)

- 玻璃体后脱离症状。^[A:Ⅰ]
- 家族史(如 Stickler 综合征)。^[A:Ⅱ]
- 眼外伤史,包括手术史。^[A:Ⅱ]
- 近视眼。^[A:Ⅱ]
- 白内障手术史。^[A:Ⅱ]

初诊体格检查(主要内容)

- 检查玻璃体后脱离、色素细胞、出血和浓缩。^[A:Ⅲ]
- 检查周边部眼底,最佳的周边部玻璃体视网膜检查方法是联合应用巩膜压陷法和间接眼底镜检查。^[A:Ⅲ]

辅助检查

- 必要时可行 B 超声检查。^[A:Ⅱ]如果发现异常,建议密切随诊检查。^[A:Ⅲ]

接受治疗患者手术前、后的处理

- 告知患者手术的相对危险性、益处和手术以外的其他治疗方法。^[A:Ⅲ]
- 制订术后处理计划,并将这些安排告知患者。^[A:Ⅲ]
- 告知患者一旦出现明显的症状改变,如出现新漂浮物或视野缺损时应当及时就诊。^[A:Ⅱ]

随诊病史

- 视觉症状。^[A:Ⅰ]
- 随诊间隔期眼外伤史,包括眼内手术史。^[A:Ⅰ]

随诊体格检查

- 视力。^[A:Ⅲ]
- 评价玻璃体状态,注意有无色素或浓缩。^[A:Ⅱ]
- 以巩膜压陷法来检查周边部眼底。^[A:Ⅱ]
- 如果屈光间质混浊,进行 B 超声检查。^[A:Ⅱ]
- 对于玻璃体出血影响视网膜检查和 B 超声结果为阴性的患者,应当定期进行 B 超声检查。对于怀疑视网膜裂孔眼,4 周后再行 B 超声检查。^[A:Ⅱ]

患者教育

- 对视网膜脱离高危患者进行有关 PVD 和视网膜脱离症状以及定期随诊检查重要性的宣教。^[A:Ⅲ]
- 告知所有视网膜脱离高危患者,一旦眼前漂浮物明显增加、视野缺损或视力下降,要及时就诊。^[A:Ⅱ]

治疗方案(表 3)

表 3 不同类型视网膜病灶的治疗选择

病灶类型	治疗
急性有症状的马蹄形视网膜裂孔	立即治疗 ^[A:Ⅱ]
急性有症状的带盖视网膜裂孔	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗*
外伤性视网膜裂孔	通常需要治疗 ^[A:Ⅲ]
无症状的马蹄形视网膜裂孔	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗*
无症状的带盖视网膜裂孔	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗*
无症状的萎缩性圆形孔	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗*
没有裂孔的无症状格子样变性	无需治疗,除非 PVD 引起马蹄形裂孔 ^[A:Ⅲ]
有裂孔的无症状格子样变性	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗*
无症状的锯齿缘离断	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗*
对侧眼出现萎缩孔、格子样变性或无症状马蹄形孔	在治疗方面尚无共识,没有足够的证据可用于指导治疗

注: * 示对具有视网膜脱离高危因素眼可考虑治疗。视网膜脱离高危因素眼主要包括眼球先天发育异常、对侧眼发生过视网膜脱离、高度近视眼、无晶状体眼

白内障

白内障(初诊和随诊检查)

初诊检查时病史

- 症状。^[A:Ⅱ]
- 眼部病史。^[A:Ⅲ]
- 全身病史。^[A:Ⅲ]
- 视功能状态的评估。^[A:Ⅱ]

初诊体格检查

- 视力。^[A:Ⅲ]
- 屈光状况检查。^[A:Ⅲ]
- 眼位和眼球运动。^[A:Ⅲ]
- 瞳孔反应和功能。^[A:Ⅲ]
- 眼压测量。^[A:Ⅲ]
- 外眼检查。^[A:Ⅲ]
- 裂隙灯活体显微镜检查。^[A:Ⅲ]
- (散瞳后)眼底检查。^[A:Ⅲ]
- 全身和精神状态评价。^[B:Ⅲ]

治疗

- 当视功能不能满足患者需要时就可以治疗,白内障手术提供了提高视力的可能性。^[A:Ⅱ]
- 对于晶状体诱导的疾病或者必需看清眼底者,也可以行白内障摘除术。^[A:Ⅲ]
- 以下情况不应当行手术:患者不愿意接受手术,戴镜或助视器能够提高视力且能满足患者的需要,手术不能改善

视功能,患者的生活质量并没有受到影响,患者由于合并全身或眼部情况而不能耐受手术,不能获得知情同意书,不能进行适当的术后处理。^[A:Ⅲ]

• 第二只眼手术指征同第一只眼手术(要考虑到双眼视功能的需要)。^[A:Ⅱ]

术前处理

进行手术的眼科医师负有以下责任:

- 术前检查患者。^[A:Ⅲ]
- 保证正确记录检查结果,包括症状、检查发现和治疗指征。^[A:Ⅲ]
- 告知患者手术的危险性、益处和期望的手术结果。^[A:Ⅲ]

- 制订手术计划,包括人工晶状体的选择。^[A:Ⅲ]
- 与患者一起复习术前和诊断检查的结果。^[A:Ⅲ]
- 制订术后处理计划,并将安排告知患者。^[A:Ⅲ]

随诊评估

- 高危患者应当在术后 24 h 内随诊,然后在术后第 4 天和第 7 天随诊。^[A:Ⅲ]
- 常规患者应当在术后 48 h 内随诊,然后在术后 1 ~ 4 周随诊。^[A:Ⅲ]
- 每次术后检查应当包括
 - 随诊期间的病史,包括出现的新症状。^[A:Ⅲ]
 - 患者对视功能状态的评价。^[A:Ⅲ]
 - 视功能检查(裸眼视力、小孔视力等)。^[A:Ⅲ]
 - 测量眼压。^[A:Ⅲ]
 - 裂隙灯活体显微镜检查。^[A:Ⅲ]
 - 术后用药依从性的评价。^[A:Ⅲ]

掺钕钇铝石榴石激光晶状体后囊膜切开术

- 当晶状体后囊膜混浊影响患者视力、不能满足功能需要或严重影响眼底检查时,应当进行手术。^[A:Ⅲ]
- 向患者告知玻璃体后脱离、视网膜裂孔和脱离的症状,如果一旦出现上述症状需要立即检查。^[A:Ⅲ]

患者教育

- 对于功能性单眼患者,讨论手术的特殊利益和风险,包括失明的风险。^[A:Ⅲ]
- 评估第一只眼手术结果之后,讨论第二只眼手术的益处、风险和手术时机。^[A:Ⅲ]

小儿眼科学

• 弱视(初诊和随诊检查)

初诊检查时病史(主要内容)

- 眼部症状和体征。^[A:Ⅲ]
- 眼部病史。^[A:Ⅲ]
- 全身病史,包括产前、围产期和产后病史复习。^[A:Ⅲ]
- 家族史,包括眼部和全身相关疾病。^[A:Ⅲ]

初诊体格检查(主要内容)

- 视力。^[A:Ⅲ]

- 注视类型。^[A:Ⅲ]
- 瞳孔反应和功能。^[A:Ⅲ]
- 眼位和眼球运动。^[A:Ⅲ]
- 外眼检查:眼睑、睫毛、泪器、眼眶、面部。^[A:Ⅲ]
- 眼前节检查。^[A:Ⅲ]
- 眼底检查(包括后极部视网膜)。^[A:Ⅲ]
- 睫状肌麻痹下验光。^[A:Ⅲ]

处理

- 大约 12 岁前进行持续治疗。^[A:Ⅲ]
- 选择适合患者视觉、生理、社会和心理需要的治疗,并以患者的潜在风险和利益作为进行治疗的基础。^[A:Ⅲ]
- 治疗目标是获得同等或正常的视力和正常的注视。^[A:Ⅲ]
- 一旦达到最佳视力,则逐渐减少或停止治疗。^[A:Ⅲ]

随诊评估(表 4)

表 4 不同年龄段弱视患者积极治疗过程中的
随诊评估间隔时间^[A:Ⅲ]

患者年龄段	高遮盖比例	低遮盖比例	维持治疗和观察时间(月)
0 ~ 1 岁以下	数天至 2 周	2 ~ 4 周	1 ~ 4
1 ~ 2 岁以下	2 ~ 4 周	2 ~ 8 个月	2 ~ 4
2 ~ 3 岁以下	3 ~ 8 周	2 ~ 3 个月	2 ~ 4
3 ~ 4 岁以下	4 ~ 12 周	2 ~ 3 个月	2 ~ 6
4 ~ 5 岁以下	4 ~ 16 周	2 ~ 3 个月	2 ~ 6
5 ~ 7 岁以下	6 ~ 16 周	2 ~ 3 个月	2 ~ 6
7 ~ 9 岁以下	8 ~ 16 周	3 ~ 6 个月	3 ~ 12
≥ 9 岁	8 ~ 16 周	3 ~ 6 个月	6 ~ 12

注:高遮盖比例为大于或等于清醒期的 70%,低遮盖比例为小于清醒期的 70%

- 随诊检查应包括
 - 请患者报告遮盖时间和(或)戴镜情况。^[A:Ⅲ]
 - 副作用(如皮肤刺激症状、眼红、充血和心理问题)。^[B:Ⅲ]
 - 每只眼的视力和注视情况。^[A:Ⅲ]
 - 眼位。^[A:Ⅲ]
 - 重复睫状肌麻痹下验光,至少每年 1 次。如果有适应证,每 4 ~ 6 个月 1 次。^[A:Ⅲ]

患者教育

- 与患者、家长和(或)监护人讨论诊断、疾病的严重性、预后和治疗计划。^[A:Ⅲ]
- 向患者、家人或监护人和其他人员,如学校或托儿所老师进行宣教,让他们共同关注患儿的视觉、心理、社会和经济因素,使他们都了解疾病过程、治疗的基本原理和治疗的目标以及治疗的预后和并发症等。^[A:Ⅲ]
- 和家长或监护人讨论潜在的心理副作用。^[A:Ⅲ]
- 向家长或监护人和患者解释弱视治疗长期随诊的重要性。^[A:Ⅲ]

内斜视(初诊和随诊检查)

初诊检查时病史(主要内容)

- 眼部症状和体征。^[A; III]
- 眼部病史(发病日期和斜视频率,有无复视)。^[A; III]
- 全身病史(产前、围产期和产后病史的复习)。^[A; III]
- 家族史,包括斜视、弱视、斜视手术史。^[A; III]

初诊体格检查(主要组成成分)

- 视力。^[A; III]
- 眼位(远距离和近距离)。^[A; III]
- 眼外肌功能。^[A; III]
- 知觉功能。^[A; III]
- 眼底检查,注意黄斑的位置。^[A; III]
- 睫状肌麻痹下验光。^[A; III]

处理

- 首先对任何有临床意义的屈光不正戴镜给予矫正。^[A; III]
- 治疗各种类型的内斜视,尽快恢复正常眼位。^[A; III]
- 如果光学矫正不能控制眼位,则建议手术矫正。^[A; III]
- 斜视手术前治疗明显弱视,以增加获得双眼视的可能。^[A; III]

随诊检查

- 随诊应该包括
 - 治疗方法的耐受性和副作用。^[A; III]
 - 屈光不正矫正后视力和(或)注视情况。^[A; III]
 - 屈光不正矫正后远距离和近距离斜视度数。^[A; III]
 - 观察是否存在 A 征或 V 征和(或)斜肌功能异常。^[A; III]
 - 双眼视状态。^[A; III]
- 对于远视眼,至少每年行睫状肌麻痹下验光 1 次;部分患者可能需要每 4~6 个月验光 1 次。^[A; III]
- 斜视随诊检查间隔。^[A; III]
 - 0~1 岁患者常规随诊间隔时间为 1~3 个月。
 - 1~5 岁患者常规随诊间隔时间为 3~6 个月。
 - 5~10 岁患者常规随诊间隔时间为 6~12 个月。
 - 如果合并弱视或近期斜视症状加重,需要增加随诊次数。

患者教育

- 与患者和(或)家长或监护人讨论检查结果,以增加他们对疾病的了解,共同协助治疗。^[A; III]
- 对成年患者,讨论不同治疗方法的利弊,制订治疗计划。^[A; III]
- 与患者和(或)家人或监护人共同制订治疗方案,条件允许时应考虑他们对治疗的愿望和选择。^[A; III]
- 与患者和家长或监护人讨论潜在的心理副作用。^[A; III]

外斜视(初诊和随诊检查)

初诊检查时病史(主要内容)

- 眼部症状和体征。^[A; III]
- 眼部病史(眼位偏斜的频率、幅度和外斜视度数)。^[A; III]

- 全身病史(产前、围产期和产后病史的复习)。^[A; III]
- 家族史,包括亲属中发生斜视的情况。^[A; III]

初诊体格检查(主要内容)

- 视力。^[A; III]
- 远、近距离眼位。^[A; III]
- 眼外肌功能,包括 A 征和 V 征。^[A; III]
- 知觉功能。^[A; III]
- 眼底检查,注意黄斑的位置。^[A; III]
- 睫状肌麻痹下验光。^[A; III]

处理

- 首先对任何有临床意义的屈光不正戴镜给予矫正。^[A; III]
- 考虑治疗各种类型的外斜视,如果眼位在大部分时间表现为显斜视,应当尽快建立正常眼位。^[A; III]
- 如果眼位发生偏斜的频率和程度不能接受,或者配戴矫正眼镜和遮盖无法缓解症状,应当考虑手术治疗。^[A; III]

随诊评估

- 随诊应该包括
 - 治疗方法的耐受性和副作用。^[A; III]
 - 配戴矫正眼镜的依从性。^[A; III]
 - 目前屈光不正的矫正情况。^[A; III]
 - 眼位偏斜的表现、度数和发生频率。^[A; III]
 - 屈光不正矫正后视力和(或)注视情况。^[A; III]
 - 屈光不正矫正后远距离和近距离的斜视度数。^[A; III]
 - 观察 A 征、V 征和(或)斜肌功能异常。^[A; III]
 - 双眼视状态。^[A; III]
- 对于远视眼,至少每年在睫状肌麻痹下验光 1 次,7 岁以下儿童通常间隔 6 个月验光 1 次。^[A; III]

患者教育

- 与患者和(或)家长或监护人讨论检查结果,以增加他们对疾病的了解,共同协助治疗。^[A; III]
- 与患者和(或)家人或监护人共同制订治疗方案,条件允许时可以考虑他们对治疗的愿望和选择。^[A; III]

(未完待续)

中华医学会眼科学分会
(收稿日期:2006-08-15)
(本文编辑:黄翊彬)