

## MGD 診療ガイドライン 外部評価の結果および対応

外部評価のコメントをイタリックで記し、その下に対応を記した。

執筆者一覧ですが、ガイドライン作成において役割分担があれば、記載するとよいです。ガイドライン統括委員会、ガイドライン作成グループ、システムティックレビューチーム など。

→ 執筆者を役割分担別に記載した。

最近のガイドラインは、**CQ** (クリニカルクエスチョン) と **BQ** (バックグラウンドクエスチョン) を明確に分けて示すようになっていきます。例えば **CQ1~4** は、知識であり、バックグラウンドクエスチョンに分類されます。**CQ34, 35** はクリニカルクエスチョンになります。できれば **CQ** と **BQ** に分けた方が利用者にはわかりやすいと思います。

→ 当初の最初の6つの **CQ** を **BQ** とした。

**CQ** の作文ですが、「〇〇は有効か？」だけでは、分かりにくいところがあります。基本的には **PICO** 形式で、特に **P** 患者、**I** 介入は明確にして作文するとよいです。例) **P** において、**I** と **C** のどちらを用いることが推奨されるか

→ **P** 患者、**I** 介入を明確にして作文した。

推奨の強さを決める際には、投票は行いましたでしょうか。行っている場合は投票結果を示すとよいです。投票結果 〇人/〇人 (〇%)

→ 推奨の強さを決める投票結果を記載した。

エビデンス総体を評価したと記載されていました。エビデンス総体を作成した資料は、ガイドライン内に掲載すると膨大な量になりますので、学会ホームページで公開するとよいです。

→エビデンス総体をできるかぎりガイドライン内に掲載した。

**COI** については、個人ごとに企業名を記載するガイドラインが多くなっています。また **COI** は有無と同時に、管理が重要です。**CQ** によっては薬剤の使用を推奨していますが、その際に **COI** のある委員は投票から除外して、その旨をガイドラインに記載するとよいです。また、「申告された **COI** は推奨決定に影響していない」と宣言するとよいです。

→ **COI** を個人ごとに表記した。薬剤・機器に関する **CQ** においては、**COI** のある委員は投票から除外した。「申告された **COI** は推奨決定に影響していない」と記載した。

外部評価の結果は、リスト化してどのように対応したのか、別に公開するとよいです。ガイドライン内には、「外部評価の結果は学会ホームページで公開している」ことを記載するとよいです。

→外部評価の結果をリスト化し、それに対する対応とともに、ドライアイ研究会のホームページで公開するようにした。

想定される利用者に「関連する医療従事者」とありますが、具体的に書き出した方がよいです。  
→関連する医療従事者（看護婦、視能訓練士、その他のクリニック・病院勤務者など）とした。

文献検索は、検索式を具体的に示した方がよいです。ページ数が多くなるので、多くのガイドラインで、ガイドライン内には、「詳細は学会ホームページに掲載」という形にしています。または文字を小さくしてガイドライン内に掲載する場合があります。

→ 文献検索の検索式をドライアイ研究会のホームページに掲載した。

診療の流れの図の中に、CQ 番号を入れると、CQ の位置づけがわかりやすくなります。

→ スコープのなかの診療の流れの図の中に CQ 番号を入れた。

公開後の取り組みですが、基本的にはガイドライン作成委員会は解散しないで、ガイドラインの普及、活用、重要なエビデンスが出ていないかのチェックをします。

→公開後の取り組みとして、統括委員会、作成委員会、システマティックレビューチームともにガイドラインの普及、活用、重要なエビデンスが出ていないかのチェックをする、とした。

改訂の実施時期のところに、「重要なエビデンスが出た場合には改訂を検討する」と追記するとよいです。

→改訂の実施時期のところに、「重要なエビデンスが出た場合には改訂を検討する」と追記した。

ガイドラインの推奨決定には、「患者の価値観や希望」を考慮するのが重要になっています。特に治療介入に関する CQ では、「患者の価値観や希望」について考えられことを記載するとよくなります。

→ 推奨提示の項に、「患者の価値観や希望」を考慮した事を記載した。

*Stevens-Johnson* 症候群、化学傷などについて英語表記と日本語表記が混在しているので、表記を統一したほうが良い。

→ 表記を統一した。

CQ8における推奨文がCQに対する回答になっていないように感じます。「自覚症状の特徴」については、MGDで生じる自覚症状を列挙してはいかがでしょうか？特徴的な自覚症状のみを特定する必要はないように思います。また、「適切な聴取方法は何か？」に対する回答が含まれていないようです。

→MGD の症状として、眼不快感、異物感、乾燥感、圧迫感、疼痛、灼熱感、流涙、眼精疲労、

霧視、搔痒感、眼脂、羞明を記載した。

CQ25の「シクロスポリン点眼は有効か？」において、推奨の強さは、「実施しない」ことを弱く推奨する、とされていますが、効果のある部分もございますので、「しない」としてよいのか、とやや疑問に残りました。

→ シクロスポリン点眼に関する報告では、確かに他覚所見で効果を認める報告もありますが、対象症例数が最も多いRCT（文献3）で有意に改善した所見がBUTのみであったことから、シクロスポリン点眼のMGDに対する効果は弱いと判断されている。作成委員の投票ではCOIのない4名全員が「実施しない」ことを弱く推奨するとした。

CQ27のテトラサイクリン系抗菌薬内服についてですが、推奨の強さで、テトラサイクリン系抗菌薬内服「実施する」ことを弱く推奨する、とされていますが、ドキシサイクリン、ミノサイクリンは弱く推奨する、一方、テトラサイクリンは、「治療効果は期待できない可能性が高い」、と記されていますので、テトラサイクリンは限定的に治療効果が期待できない薬剤もあるが、その他の薬剤（ドキシサイクリン、ミノサイクリン）においては弱く推奨できる、という判断ということでしょうか。

→ご指摘のように、テトラサイクリン系抗菌薬内服ではドキシサイクリン、ミノサイクリン、テトラサイクリンについてシステマティックレビューを行い、ドキシサイクリン、ミノサイクリンでは「実施する」ことを弱く推奨する一方、テトラサイクリンに関しては、対象文献が1つしかなく、明確な推奨を述べる事が難しいと考える。したがって、「推奨の強さ」と「CQに対するエビデンスの強さ」の項では、テトラサイクリン系抗菌薬内服（ドキシサイクリン、ミノサイクリン）と記して、テトラサイクリンは外すこととした。

「酒さ」と「酒さ性眼瞼炎」がございましたが、これらは別の疾患として使用されておられますでしょうか。皮膚科医の経験上、「酒さ」の方が必ずしも眼瞼炎が多いとは感じておらず、先生方が複数個所に記載されている「酒さ」に「酒さ性眼瞼炎」も含まれているとしたら理解が進むのですが。

→「酒さ」と「酒さ性眼瞼炎」は、別の疾患として使用されていないと考える。「酒さ」の症例に眼瞼炎を合併してるものを「酒さ性眼瞼炎」としている。ただ、BQ3「MGDの類縁疾患には何があるか？」の中で記述されているように、顔面に酒さを認めない症例であっても、若年者の角膜に細胞浸潤と表層血管侵入を伴う難治性の病態をchildhood ocular rosacea、あるいはpediatric blepharokeratoconjunctivitis、フリクテン性角結膜炎などと呼称することがある。

点眼液もしくは点眼剤として統一された方がよいのではと思いました。篇と編、〇〇と〇〇と〇〇+●●、〇ヶ月と〇か月も同様です。

→ 表記を統一した。