

· 标准与规范探讨 ·

弱视诊断专家共识(2011 年)

中华医学会眼科学分会斜视与小儿眼科学组

近年来,国内流行病学调查资料显示我国弱视的检出率明显高于预期以及国际同类流行病学调查结果,甚至有报告称我国的弱视检出率高达 11.8%。部分研究结果显示 4~6 岁儿童弱视的检出率随年龄增大呈几何级数递减。弱视检出率高导致诊断扩大化,过度治疗现象严重冲击医疗规范和秩序,并造成巨额卫生资源浪费,给相关儿童和家庭带来负担,甚至伤害。此外,中华医学会眼科学分会斜视与小儿眼科学组在 1987 年提出、1996 年修订的《弱视定义、分类和诊疗指南》中,也强调了诊断弱视时应注意年龄因素,且尚需补充具有可操作性的参考数据或指南。由于不断收到相关咨询和质疑,因此本学组在国内进行了以人群为基础的大样本儿童视力流行病学调查研究,并参考国外同期的研究成果和小儿眼科学专著,经多年实践和充分讨论,达成本共识。

一、弱视的定义

视觉发育期由于单眼斜视、未矫正的屈光参差、高度屈光不正及形觉剥夺引起的单眼或双眼最佳矫正视力低于相应年龄的视力为弱视;或双眼视力相差 2 行及以上,视力较低眼为弱视。

临床工作中应避免两种错误倾向:(1)诊断儿童弱视时,一定要首先进行系统检查,排除眼部器质性改变;同时,应发现导致弱视的相关因素,不能仅凭视力 1 个指标即诊断弱视;(2)根据儿童视力发育规律,对于 3~7 岁儿童,诊断弱视时不宜以视力低于 0.9 作为依据,而应参考相应年龄的视力正常值下限。

二、不同年龄儿童视力的正常值下限

年龄在 3~5 岁儿童视力的正常值下限为 0.5,6 岁及以上儿童视力的正常值下限为 0.7。

三、弱视的分类

1. 斜视性弱视:单眼性斜视形成的弱视。

2. 屈光参差性弱视:双眼远视性球镜屈光度数相差 1.50 DS,或柱镜屈光度数相差 1.00 DC,屈光度数较高眼形成的弱视。

3. 屈光不正性弱视:多发生于未配戴屈光不正矫正眼镜的高度屈光不正患者。屈光不正主要为双眼高度远视或散光,且双眼最佳矫正视力相等或接近。远视性屈光度数 ≥ 5.00 DS、散光度数 ≥ 2.00 DC,可增加产生弱视的危险性,一般在配戴屈光不正矫正眼镜 3~6 个月后确诊。

4. 形觉剥夺性弱视:由于屈光间质混浊、上睑下垂等形

觉剥夺性因素造成的弱视,可为单眼或双眼,单眼形觉剥夺性弱视较双眼弱视后果更为严重。

四、视力检查方法

不同年龄儿童应使用不同的视力表。年龄小于 3 岁的儿童,可用选择观看法(PL)、眼球震颤法(OKN)、视觉诱发电位法(VEP)或使用儿童视力表检查视力;年龄在 3 岁及以上的儿童,可使用目前我国通用的国际标准视力表检查视力。临床应重视儿童双眼视力差别的定性检查,注视功能较差、视力较低眼,在排除器质性病变后,可以诊断为弱视。

形成共识意见的专家组成员:

赵堪兴 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院(斜视与小儿眼科学组组长)

麦光焕 中山大学中山眼科中心(斜视与小儿眼科学组副组长)

牛兰俊 北京大学人民医院眼科(斜视与小儿眼科学组副组长)

(以下为斜视与小儿眼科学组委员,按姓氏拼音排列)

曹木荣 郑州大学附属第一医院眼科

陈霞 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院(兼秘书)

崔浩 哈尔滨医科大学附属第一医院眼科

宫华青 山东省眼科研究所 青岛眼科医院

管永清 河北医科大学第四医院眼科

亢晓丽 上海交通大学医学院附属新华医院眼科

刘桂香 青岛大学医学院附属医院眼科

刘虎 南京医科大学附属第一医院眼科

刘陇黔 四川大学华西医院眼科

刘双珍 中南大学湘雅医院眼科

孙朝晖 浙江大学医学院附属第二医院眼科中心

孙志河 大连医科大学附属第一医院眼科

王乐今 北京大学第三医院眼科

王利华 山东大学附属省立医院眼科

吴晓 首都医科大学附属北京同仁医院 北京同仁眼科中心

许江涛 昆明市儿童医院眼科

阴正勤 第三军医大学西南医院眼科

曾小平 贵州省遵义医学院附属医院眼科

张丽军 山西省眼科医院

周炼红 武汉大学人民医院眼科

DOI:10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2011.08.027

通信作者:赵堪兴,300020 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院;Email:zkx4260@vip.163.com

(收稿日期:2011-06-16)

(本文编辑:黄翊彬)