

· 标准与规范探讨 ·

视神经炎诊断和治疗专家共识(2014 年)

中华医学会眼科学分会神经眼科学组

视神经炎(optic neuritis, ON)泛指累及视神经的各种炎性病变,是青中年人最易罹患的致盲性视神经疾病。以往按受累部位分为 4 型:球后视神经炎——仅累及视神经眶内段、管内段和颅内段,视乳头正常;视乳头炎——累及视乳头,伴视乳头水肿;视神经周围炎——主要累及视神经鞘;视神经网膜炎——同时累及视乳头及其周围视网膜。目前国际上较为通用的分型方法是根据病因分型^[1]。我国视神经炎的诊断和治疗比较混乱,亟需规范化诊断和治疗。本共识参照目前国内外有关视神经炎的循证证据,推荐对 ON 以病因分型为基础进行临床诊断,进而选择相应的针对性治疗措施。

一、视神经炎的病因分型^[1]

1. 特发性视神经炎:(1)特发性脱髓鞘性视神经炎(idiopathic demyelinating optic neuritis, IDON),亦称经典多发性硬化相关性视神经炎(multiple sclerosis related optic neuritis, MS-ON);(2)视神经脊髓炎相关性视神经炎(neuromyelitis optica related optic neuritis, NMO-ON);(3)其他中枢神经系统脱髓鞘疾病相关性视神经炎。

2. 感染性和感染相关性视神经炎。

3. 自身免疫性视神经病。

4. 其他无法归类的视神经炎。

二、临床表现

(一)特发性视神经炎

1. IDON:是欧美研究报道中最常见的视神经炎类型,20~50 岁多见,男女患病比例约为 1:3。多急性或亚急性起病,病前可有各种前驱因素。其典型表现为单眼视力下降,视力损害程度不一;视功能损害相对较轻的患者可以色觉障碍及对比敏感度降低为主要表现。部分患者有眼痛或眼球转痛。视野损害类型多样,表现为各种形式的神经纤维束型视野缺损。VEP 检查表现为潜伏期延长和(或)波幅降低。单侧或两次以上发作后双侧病变程度不对称的视神经炎患者可见相对性传入性瞳孔功能障碍(relative afferent papillary defect, RAPD)。约 1/3 的患者有程度轻重不等的视乳头水肿,其余 2/3 的患者为球后视神经炎。IDON 有自愈性,欧美研究报道 80%~90% 的患者视力恢复至 0.5 以上。1/3 甚至半数以上的 IDON 患者会进一步进展为中枢神经系统脱髓鞘疾病 MS,特别是伴脑白质脱髓鞘病灶的 IDON 患者转

化为 MS 的几率更可高达 70% 以上^[1]。故 IDON 又称为 MS-ON。

国内目前暂缺乏大样本的系统资料,小样本研究提示尽管部分 ON 患者视功能恢复较好,但多数与其他亚洲国家报道相似,以视功能损害重且恢复差的 ON 多见,MS 相关的 IDON 相对少见^[2-8]。

2. NMO-ON:视神经脊髓炎(neuromyelitis optica, NMO)是一种不同于 MS 的主要选择性累及视神经和脊髓的中枢神经系统炎性脱髓鞘疾病。经典的 NMO 又称为 Devic 病,近十年来由于视神经脊髓炎抗体(NMO-IgG)(之后的研究发现该抗体为水通道蛋白 4 抗体, AQP4-Ab)的发现,随之提出了复发性 NMO 的概念^[9-10]。NMO 以及 NMO 相关视神经炎(NMO-ON)在亚洲国家比欧美更高发^[1,11]。NMO-ON 与 IDON 的临床特点有所不同^[1,11-13]。经典 NMO 相关的视神经炎主要表现为双眼同时或相继(双眼相隔数小时、数天甚至数周发病)出现迅速而严重的视力下降,眼痛相对少见;部分患者出现视乳头水肿、视网膜静脉迂曲、扩张及视乳头周围渗出;视功能恢复较差,多数患者会遗留双眼或至少一只眼的严重视力障碍(最终视力低于 0.1)。复发性 NMO 相关的视神经炎多为单眼发病,易复发,视功能损害重且恢复差。NMO 的急性脊髓损害可于视力下降之前、之后甚至同时发生,二者可间隔数天、数周、数月甚至数年,表现为截瘫、感觉及括约肌功能障碍,重者可致呼吸肌麻痹^[13]。

3. 其他中枢神经系统脱髓鞘病相关的视神经炎:其他中枢神经系统脱髓鞘病相关的视神经炎国内外研究报道较少。急性播散性脑脊髓炎最多见于儿童接种疫苗后 1~3 个月内,脱髓鞘病灶可累及视神经而发生视神经炎。这种视神经炎通常双眼同时发生,伴有较明显的视乳头水肿,视功能损害程度不一,但在糖皮质激素治疗对视功能恢复较好^[1]。同心圆硬化和 Scherderman 病相关的视神经炎罕见报道。

(二)感染性和感染相关性视神经炎^[1,15]

与视神经炎相关的病原体种类繁多,包括细菌感染,如梅毒、结核、莱姆病、猫抓病、布鲁杆菌病等,以及各种病毒,如肝炎病毒、人类免疫缺陷病毒 1 型、水痘带状疱疹病毒等。局部感染如眼内、眶内、鼻窦、乳突、口腔和颅内感染等,以及全身性感染均可能成为视神经炎的病因。病原体可以通过直接蔓延、血行播散等途径直接侵犯视神经(感染性视神经炎,如梅毒视神经炎、结核感染性视神经炎),也可通过触发免疫机制导致视神经炎症(感染相关性视神经炎)。值得注意的是各种病原体感染尤其是病毒感染可以作为特发性视神经炎的诱发因素,因此感染相关性视神经炎在概念和分类

上与 IDON 有重叠之处,有待今后大规模病例研究以进一步明确。

感染性或感染相关性视神经炎可单眼或双眼急性、亚急性起病。临床可表现为视乳头炎、球后视神经炎、视神经网膜炎或者视神经周围炎。因病原体及感染程度不同,预后差异较大。部分感染性视神经炎有自愈性(如视神经乳头炎、视神经周围炎),或者病情不严重时能早期诊断并给予针对性抗生素治疗,视功能恢复较好;部分病例(如梅毒螺旋体或结核杆菌感染性视神经炎)或重症感染,如治疗不及时,则恢复不佳。感染相关性视神经炎多数视力恢复程度较好。

(三)自身免疫性视神经病^[1,16-17]

可以是系统性自身免疫性疾病(如系统性红斑狼疮、干燥综合征、白塞病、结节病等)的一部分,也可作为系统性自身免疫病的首表现。多见于青中年女性,单眼或双眼均可累及。与 IDON 相比,视力损害程度多较严重,且恢复较差;多数有视乳头水肿,部分伴有少量小片状盘周出血;可合并多个系统和器官损害以及自身免疫抗体阳性;易复发,部分患者有糖皮质激素依赖现象。

三、诊断及鉴别诊断

1. ON 及各病因类型诊断标准:各型视神经炎主要根据典型的发病年龄、方式、症状体征、病程演变等进行临床诊断,临床表现不典型者则酌情结合辅助检查排除其他可能的疾病后进行诊断。符合如下简化条件者可考虑相应诊断,建议在实际临床工作中仔细进行鉴别诊断(表 1)。

2. 鉴别诊断:需要与视神经炎进行鉴别的其他类型的视神经疾病包括:非动脉炎性缺血性视神经病、压迫性及浸润性、外伤性、中毒性及营养代谢性、遗传性视神经病等。掌握各种不同类型的视神经病变临床特点,详尽的病史采集以及正确选择相应的辅助检查对于鉴别诊断非常重要。视交叉及视中枢病变主要表现为双颞侧偏盲或不同类型的同向偏盲,一般不容易与视神经炎混淆,但是在少数情况下也可能误诊。其他眼科疾病(屈光不正,青光眼,视网膜病变,眼眶炎症等),甚至癔病或诈病性盲(非器质性视力下降)也需要严格结合病史、体征并正确选用辅助检查才可能进行较为准确的鉴别诊断。

3. 视神经炎诊断和分型流程:见图 1。

四、治疗

主张对视神经炎采用针对病因的治疗,最大程度挽救视功能同时,防止或减轻、延缓进一步发生神经系统损害。应首先明确视神经炎诊断,随之尽可能明确病变的性质和原因,从而选择相应针对性治疗。特别需要注意的是,因视功能障碍可能仅为潜在全身性疾病的症状之一,故如发现可能相关病症,应及时转诊至神经科、风湿免疫科、感染科、耳鼻喉科等相关专科进行全身系统性治疗。

(一)糖皮质激素

是非感染性视神经炎急性期治疗的首选用药。目前国内常用制剂有泼尼松、甲基强的松龙、地塞米松、氢化可的松等。常用用法包括静脉滴注和(或)口服,不推荐球后或球

周注射糖皮质激素治疗。应用时注意药物副作用。

表 1 不同类型视神经炎诊断标准

疾病类型	诊断标准
ON	1. 急性视力下降,伴或不伴眼痛及视乳头水肿 2. 视神经损害相关性视野异常 3. 存在相对性传入性瞳孔功能障碍、VEP 异常 2 项中至少 1 项 4. 除外其他视神经疾病:如缺血性、压迫性及浸润性、外伤性、中毒性及营养代谢性、遗传性视神经病等 5. 除外视交叉及交叉后的视路和视中枢病变 6. 除外其他眼科疾病:如眼前节病变、视网膜病变、黄斑病变、屈光不正、青光眼等 7. 除外非器质性视力下降
IDON (MS-ON)	1. 符合上述 ON 诊断条件,并具备 MS-ON 的临床特点 2. 除外感染性视神经炎或自身免疫性视神经病 3. 可作为 MS^[18]的首表现,或在 MS 病程中发生的 ON
NMO-ON	1. 符合上述 ON 诊断条件,并具备 NMO-ON 的临床特点 2. 除外感染性视神经炎或自身免疫性视神经病 3. 可作为 NMO^[8]的首表现,或在 NMO 病程中发生的 ON
感染性视神经炎	1. 符合上述 ON 诊断条件 2. 具有明确的感染性疾病的临床及实验室(血清和/或脑脊液)证据:如梅毒、结核、莱姆病、HIV 等
自身免疫性视神经病	1. 符合上述 ON 诊断条件 2. 已合并系统性自身免疫性疾病,或至少一项自身免疫性抗体阳性 3. 排除感染性视神经炎

注:ON 示视神经炎;NMO 示视神经脊髓炎;IDON 示特发性脱髓鞘性视神经炎;MS-ON 示多发性硬化相关性视神经炎;NMO-ON 示视神经脊髓炎相关性视神经炎

1. IDON:尽管部分 IDON 患者可有自愈性,但糖皮质激素治疗可以加快视功能恢复,并降低复发率^[1,20-22]。推荐用法:甲基强的松龙静脉滴注 1 g/d × 3 d,然后口服泼尼松每日 1 mg/kg 体重共 11 d,减量为 20 mg × 1 d、10 mg × 2 d 后停用。国外研究提示单纯口服中小剂量糖皮质激素者 2 年内复发率较高,故不推荐对 IDON 患者进行单纯口服中小剂量糖皮质激素治疗。

2. NMO-ON:目前国内外尚缺乏大样本的临床试验为 NMO-ON 的治疗提供证据级别较高的依据。我们结合国内患者的临床特点,参考欧洲神经病学学会、中国视神经脊髓炎诊断治疗指南以及国外关于 NMO 治疗的权威性述评^[11,23],建议采用以下治疗方案:首选甲基强的松龙静脉点滴治疗,甲强龙静点 1 g/d × 3 d,然后口服泼尼松每日 1 mg/kg 体重,并逐渐减量,口服序贯治疗应维持不少于 4 ~ 6 个月;如视功能损害严重且合并 AQP4 阳性,或者反复发

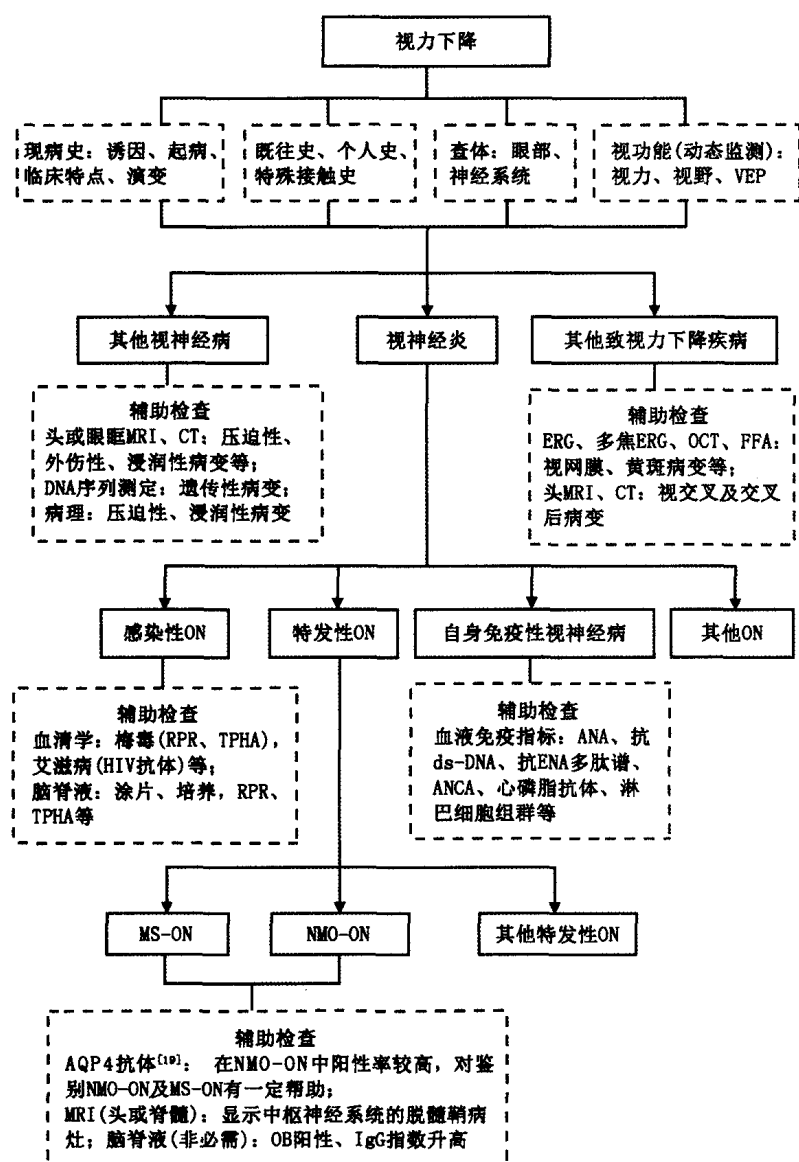


图1 视神经炎诊断和分型流程图

ON 示视神经炎; NMO 示视神经脊髓炎; IDON 示特发性脱髓鞘性视神经炎; MS-ON 示多发性硬化相关性视神经炎; NMO-ON 示视神经脊髓炎相关性视神经炎; ANCA 示抗中性粒细胞胞浆抗体; ANA 示抗核抗体; OB 示寡克隆带; VEP 示视觉诱发电位; ERG 示视网膜电图; OCT 示相干光断层扫描; FFA 示荧光素眼底血管造影

作、呈现糖皮质激素依赖现象,可予甲强龙静点 $1\text{ g/d} \times 3 \sim 5\text{ d}$,其后酌情将剂量阶梯依次减半,每个剂量 $2 \sim 3\text{ d}$,至 120 mg 以下,改为口服泼尼松片每日 1 mg/kg 体重,并逐渐缓慢减量,维持总疗程不少于 $6 \sim 12$ 个月。

3. 自身免疫性视神经病:该类型视神经炎由于诊断和分类尚存在争议,也缺乏治疗研究的证据。鉴于系统性自身免疫病与 NMO 常常伴发,二者间存在某些共同的免疫病理生理机制^[24],建议参照 NMO-ON 方案。部分自身免疫性视神经病患者有糖皮质激素依赖性,口服糖皮质激素应酌情较长期维持,可考虑小剂量维持 $1 \sim 2$ 年以上。

(二) 免疫抑制剂

主要用于降低视神经炎患者的复发率,以及通过防止或降低脊髓和脑损害发生,降低从视神经炎发展为 MS 或 NMO

的几率。适用于: NMO-ON 以及自身免疫性视神经病患者的恢复期及慢性期治疗^[1,11]。因药物起效较慢(不同药物起效时间不同,多为 $2 \sim 3$ 个月开始起效),建议与口服糖皮质激素有 $2 \sim 3$ 个月叠加期。但副作用较大,可有肝肾功能损伤、骨髓抑制、重症感染、生育致畸等。常用药包括^[25-27]: 硫唑嘌呤,环孢素 A,环磷酰胺,甲氨蝶呤,麦考酚酯,利妥昔单抗等。尚无统一用法,推荐综合患者病情、耐受情况、经济条件等选择用药及用量。其中, AQP4 抗体阳性或复发性 NMO-ON 可考虑首先选择硫唑嘌呤^[24](口服 $25\text{ mg/次}, 2\text{ 次/d}$; 可耐受者逐渐加量至 $50\text{ mg/次}, 2\text{ 次/d}$); 如复发频繁,或已合并脊髓等其他部位受累,可换用环孢素 A、环磷酰胺等药物; 但应特别注意硫唑嘌呤的严重骨髓抑制以及肝肾功能损害的副作用,常规并及时检查血常规以及肝肾功能等,发现副作用及时停用并酌情考虑更换其他免疫抑制剂; 已合并系统性自身免疫病的自身免疫性视神经病患者应及时转诊至风湿免疫科予以专科免疫治疗。

(三) 多发性硬化疾病修正药物 (disease modifying agents, DMA): DMA 主要用于治疗多发性硬化。国外研究^[28-32]已初步证实 DMA 有助于降低 IDON 向 MS 的转化风险,故近些年来开始将 DMA 用于 IDON 患者。推荐适应证: 颅脑 MRI 中可见脱髓鞘病灶的典型 IDON 患者。常用药物包括: β -干扰素,醋酸格拉默,米托蒽醌、那他珠单抗等也有研究应用报告。

(四) 其他治疗

(1) 血浆置换: 可用于重症视神经炎且恢复不佳患者的急性期,包括 NMO-ON 以及自身免疫性视神经病^[33-35],特别是 AQP4 抗体阳性者或者频繁复发者。参考用法: 血浆置换量按 40 ml/kg 体重,按病情轻重,每周置换 $2 \sim 4$ 次,连用 $1 \sim 2$ 周。

(2) 免疫球蛋白: 可考虑作为 IDON 或者 NMO-ON 患者急性期的治疗选择之一^[10,35]。但目前仍缺乏足够证据支持其确切疗效。参考用法: 每日 $0.2 \sim 0.4\text{ g/kg}$ 体重,静脉滴注,连续 $3 \sim 5\text{ d}$ 。

(3) 抗生素: 对明确病原体的感染性视神经炎应尽早给予正规、足疗程、足量抗生素治疗。梅毒性视神经炎应参照神经梅毒治疗方案予驱梅治疗(包括青霉素静点以及长效青霉素肌注); 结核性视神经炎应予规范抗痨治疗(包括异

烟肼、乙胺丁醇、利福平、链霉素、吡嗪酰胺等联合治疗); 莱姆病应予长疗程头孢曲松治疗; 真菌性鼻窦炎所致视神经炎应在适当外科干预基础上予足量抗真菌治疗等。

(4) 中医中药: 在以上免疫治疗基础上, 配合中医中药治疗, 对于降低视神经炎复发、减少激素治疗副作用、促进视功能恢复有帮助。

(5) 营养神经药物: 如 B 族维生素 (甲钴胺)、神经生长因子、神经节苷脂等, 对视神经炎治疗有一定辅助作用。

参 考 文 献

- [1] Smith CH. Optic neuritis//Miller NR, Newman NJ, Bioussé V, et al. Walsh and Hoyt's clinical neuro-ophthalmology[M]. 6th eds. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 293-326.
- [2] 张晓君, 王薇, 王虔, 等. 视神经炎病因学临床分析[J]. 中华眼底病杂志, 2006, 22: 367-369.
- [3] Zhang X, Wang W, Wang Q, et al. Clinical features of optic neuritis in China[J]. Neuro-Ophthalmol, 2007, 31: 133-136.
- [4] 张晓君, 彭静婷, 贾楠. 特发性脱髓鞘性视神经炎临床转归研究[J]. 中华神经科杂志, 2009, 42: 20-24.
- [5] Wakakura M, Minei-Higa R, Oono S, et al. Baseline features of idiopathic optic neuritis as determined by a multicenter treatment trial in Japan. Optic Neuritis Treatment Trial Multicenter Cooperative Research Group (ONMRG) [J]. Jpn J Ophthalmol, 1999, 43: 127-132.
- [6] Wang JC, Tow S, Aung T, et al. The presentation, aetiology, management and outcome of optic neuritis in an Asian population [J]. Clin Exp Ophthalmol, 2001, 29: 312-315.
- [7] Du Y, Yang J, Li JJ, et al. Unilateral optic neuritis in a Chinese population in three centers[J]. J Clin Neurosci, 2011, 18: 902-904.
- [8] 赵燕燕, 魏世辉, 戴朴, 等. IL-2R 和 IL-7R 基因多态性与特发性脱髓鞘性视神经炎的相关性的初步研究. 中华眼科杂志, 2010, 46: 1066-1070.
- [9] Wingerchuk DM, Lennon VA, Pittock SJ, et al. Revised diagnostic criteria for neuromyelitis optica[J]. Neurol, 2006, 66: 1485-1489.
- [10] Wingerchuk DM, Lennon VA, Lucchinetti CF, et al. The spectrum of neuromyelitis optica[J]. Lancet Neurol, 2007, 6: 805-815.
- [11] Hickman SJ, Ko M, Chaudhry F, et al. Optic neuritis: An update. (1) Typical and atypical optic neuritis [J]. Neuro-Ophthalmol, 2008, 32: 237-248.
- [12] Lai C, Tian G, Liu W, et al. Clinical characteristics, therapeutic outcomes of isolated atypical optic neuritis in China[J]. J Neurol Sci, 2011, 305: 38-40.
- [13] Lai C, Tian G, Takahashi T, et al. Neuromyelitis optica antibodies in patients with severe optic neuritis in China[J]. J Neuro Ophthalmol, 2011, 31: 16-19.
- [14] Wingerchuk DM, Hogancamp WF, O'Brien PC, et al. The clinical course of neuromyelitis optica (Devic's syndrome) [J]. Neurology, 1999, 53: 1107-1114.
- [15] 张晓君, 景筠. 感染性视神经病. 同仁神经眼科实证病例分析[M]. 北京: 科学出版社, 2010: 39-55.
- [16] Goodwin J. Autoimmune optic neuropathy [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2006, 6: 396-402.
- [17] 张晓君, 彭静婷, 贾楠, 等. 自身免疫性视神经病临床研究 [J]. 中华眼底病杂志, 2009, 25: 447-450.
- [18] Polman CH, Reingold SC, Banwell B, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria[J]. Ann Neurol, 2011, 69: 292-302.
- [19] Petzold A, Pittock S, Lennon V, et al. Neuromyelitis optica IgG (aquaporin-4) autoantibodies in immune mediated optic neuritis [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2010, 81: 109-111.
- [20] Hickman SJ, Dalton CM, Miller DH, et al. Management of acute optic neuritis[J]. Lancet, 2002, 360: 1953-1962.
- [21] Beck RW, Cleary PA, Anderson MM Jr, et al. A randomized, controlled trial of corticosteroids in the treatment of acute optic neuritis. The Optic Neuritis Study Group [J]. N Engl J Med, 1992, 326: 581-588.
- [22] 张秀兰, 王伟, 魏世辉. 糖皮质激素治疗特发性视神经炎是否有效[J]. 中华眼科杂志, 2011, 47: 1062-1063.
- [23] Sellner J, Boggild M, Clanet M, et al. EFNS guidelines on diagnosis and management of neuromyelitis optica [J]. Eur J Neurol, 2010, 17: 1019-1032.
- [24] Wingerchuk DM, Weinshenker BG. The emerging relationship between neuromyelitis optica and systemic rheumatologic autoimmune disease[J]. Mult Scler, 2012, 18: 5-10.
- [25] Kidd D, Burton B, Plant GT, et al. Chronic relapsing inflammatory optic neuropathy (CRION) [J]. Brain, 2003, 126: 276-284.
- [26] Giovannoni G. To test or not to test: NMO-IgG and optic neuritis [J]. Neurology, 2008, 70: 2192-2193.
- [27] Cree BAC, Lamb S, Morgan K. An open label study of the effects of rituximab in neuromyelitis optica [J]. Neurology, 2005, 64: 1270-1272.
- [28] Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, et al. Intramuscular interferon-beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis [J]. N Engl J Med, 2000, 343: 898-904.
- [29] Kappos L, Polman CH, Freedman MS, et al. Treatment with interferon beta-1b delays conversion to clinically definite and McDonald MS in patients with clinically isolated syndromes [J]. Neurology, 2006, 67: 1242-1249.
- [30] CHAMPIONS Study Group. IM interferon beta-1a delays definite multiple sclerosis 5 years after a first demyelinating event [J]. Neurology, 2006, 66: 678-684.
- [31] Kappos L, Freedman MS, Polman CH, et al. Effect of early versus delayed interferon beta-1b treatment on disability after a first clinical event suggestive of multiple sclerosis: A 3-year follow-up analysis of the BENEFIT study [J]. Lancet, 2007, 370: 389-397.
- [32] Clerico M, Faggiano F, Palace J, et al. Recombinant interferon beta or glatiramer acetate for delaying conversion of the first demyelinating event to multiple sclerosis [DB/OL]. Cochrane Database Syst Rev, 2008 [2013-12-25]. doi: 10.1002/14651858.CD005278.pub3.
- [33] Weinshenker BG, O'Brien PC, Petterson TM, et al. A randomized trial of plasma exchange in acute central nervous system inflammatory demyelinating disease [J]. Ann Neurol, 1999, 46: 878-886.
- [34] Watanabe S, Nakashima I, Misu T, et al. Therapeutic efficacy of plasma exchange in NMO-IgG-positive patients with neuromyelitis optica [J]. Mult Scler, 2007, 13: 128-132.
- [35] Ko M, Chaudhry F, Hickman SJ, et al. Optic neuritis and multiple sclerosis [J]. Neuro-Ophthalmol, 2009, 33: 10-22.

形成共识意见的专家组成员:

- 魏世辉 解放军总医院眼科 (神经眼科学组组长、执笔人)
 张晓君 首都医科大学附属北京同仁医院神经内科 (神经眼科学组副组长、执笔人)
 钟 勇 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院眼科 (神经眼科学组副组长)
 (以下神经眼科学组委员按姓氏笔画排列)
 王欣玲 中国医科大学附属第四医院眼科
 王 敏 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院眼科

王艳玲 首都医科大学附属北京友谊医院眼科

韦企平 北京中医药大学附属东方医院眼科(非学组委员)

朱丹 内蒙古医学院附属医院眼科

江冰 中南大学湘雅二医院眼科

孙艳红 北京中医药大学附属东方医院眼科

刘铁城 解放军总医院眼科(非学组委员)

张秀兰 中山大学中山眼科中心

宋鄂 吉林大学第一医院眼科

李平华 重庆医科大学附属第一医院眼科

陈长征 武汉大学人民医院眼科中心

陈洁 温州医学院附属眼视光医院

陆方 四川大学华西医院眼科

陆培荣 苏州大学附属第一医院眼科

邱怀雨 首都医科大学附属北京朝阳医院眼科

赵晨 南京医科大学第一附属医院眼科

童绎 福建东南眼科医院(非学组委员)

彭静婷 首都医科大学附属北京同仁医院神经内科(非学组委员、执笔人)

(收稿日期:2013-12-25)

(本文编辑:赵巍)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊欢迎国内外广大眼科工作者踊跃投稿

《中华眼科杂志》创刊于1950年10月1日,由中华医学会主办,《中华眼科杂志》编辑委员会编辑。编辑委员会由全国近百位知名眼科专家组成,现任总编辑赵堪兴,编辑部主任黄翊彬。本刊的主要读者对象为全国的眼科工作者,在国内外公开发行,中国标准刊号:ISSN 0412-4081, CN 11-2142/R;邮发代号:2-60;国图代号:M93。《中华眼科杂志》始终贯彻党和国家对卫生工作的方针政策,贯彻理论与实践、普及与提高相结合的办刊方针,报道我国眼科临床和科研的重大进展及创新性成果,促进国内外眼科的学术交流。本刊按国际标准编排,并印有英文版权页、目次、摘要等,录用的所有稿件,均以期刊纸载体、光盘版及信息网络传播3种形式出版发行,并与美国、英国、日本等30多个国家和地区定期交换杂志。

据中国科学技术信息研究所期刊检索报告公布,多年来《中华眼科杂志》的影响因子、总被引频次、他引总引比、海外作者论文比、论文作者地区分布数、科研基金资助论文所占比例等各项指标呈逐年上升趋势,在国内同类期刊中名列前茅。《中华眼科杂志》所载论文目前已被国内外十余种重要数据库收录。目前中国科学技术信息研究所、中国科学院文献情报中心、北京图书馆、北京大学图书馆、中国医学科学院信息研究所、中国医学科学院图书馆、解放军医学图书馆及全国各医药院校、医疗科研单位等,均将《中华眼科杂志》列为核心期刊。

《中华眼科杂志》曾先后荣获国家科委“全国优秀科技期刊三等奖”、中国科协“全国优秀学术期刊二等奖”、“北京市优秀学术期刊全优奖”、“百种中国杰出学术期刊”称号。2006至2014年连续荣获中国科协精品科技期刊工程B类资助示范项目称号,为精品科技期刊工程培育计划期刊,并入围中国科技部300种精品期刊行列。

主要刊登内容:(1)学术导向类:引导或反映眼科临床与基础某一学术领域的发展方向,如专家述评、焦点论坛及文献综述等。(2)研究创新类:深入探讨或反映眼科领域某一专题的临床或基础研究结果,如论著、短篇论著等。(3)学术争鸣类:不同学术观点之间争鸣与讨论,如学术争鸣、读者来信及学术动态等。(4)临床实用类:对临床工作有实践意义的经验和新技术以及在城乡开展防盲治盲工作的收获和体会,如调查研究、技术交流、病例报告、专家讲座、继续教育园地、临床病例讨论及图片精粹等。(5)其他类:为眼科工作者提供有价值的信息,如试题解析、人才交流、时讯、书讯及会议消息等。本刊采用网上投稿及在线查询稿件处理情况(中华眼科杂志网站 <http://www.cjo-eye.com>,点击“杂志及征文投稿系统”;或中华医学会网站 <http://www.cma.org.cn>,点击“业务中心”),对确属重大研究成果将采用“快速通道”尽快发表。欢迎国内外广大眼科工作者踊跃投稿。

本刊为大16开本,每期80面;每册定价人民币18.00元,全年216.00元;国内外公开发行,欢迎广大读者到全国各地邮局订阅;也可进行网上在线订阅(<http://www.medline.org.cn/>或<http://ebook.medline.org.cn/>)。漏订或无法网上订阅者,也可与中华医学会杂志社出版发行部联系。联系地址:北京市东四西大街42号,邮政编码:100710;联系电话:010-85158299。

本刊编辑部