

# 中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 020—2024

## 弱视中西医结合临床诊疗指南

Clinical Practice Guideline of Diagnosis and Treatment of Integrative  
Chinese and Western Medicine for Amblyopia

2024-12-18 发布

2024-12-18 实施

中国中西医结合学会 发布

# 目 次

前言 .....	I
引言 .....	II
正文 .....	1
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 弱视的诊断 .....	1
5 弱视的治疗 .....	3
6 预防与中西医结合调护 .....	11
7 诊疗流程图 .....	12
附录 A 编制方法（资料性） .....	14
附录 B 证据综合（资料性） .....	16
附录 C 引用的相关标准（资料性） .....	20
附录 D 缩略词对照表（资料性） .....	22
参考文献 .....	23

## 前 言

本指南按照GB/T1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

本指南由中国中西医结合学会提出并归口。

本指南负责人：毕宏生（山东中医药大学附属眼科医院）、张伟（天津市眼科医院）、胡媛媛（山东中医药大学附属眼科医院）

本指南执笔人（按姓氏拼音首字母排序）：解孝锋（山东中医药大学附属眼科医院）、李俊红（山西省眼科医院）、刘陇黔（四川大学华西医院）、刘新泉（上海中医药大学附属龙华医院）、卢秀珍（山东中医药大学附属眼科医院）、庞龙（广东省中医院）、宋继科（山东中医药大学）、吴烈（中国中医科学院广安门医院）、吴秋欣（山东中医药大学附属眼科医院）、赵晨（复旦大学附属眼耳鼻喉科医院）

本指南主审人（按姓氏拼音首字母排序）：范先群（上海交通大学医学院附属第九人民医院）、刘保延（中国中医科学院）、瞿佳（温州医科大学附属眼视光医院）、孙兴怀（复旦大学附属眼耳鼻喉科医院）、王宁利（首都医科大学附属北京同仁医院）、韦企平（北京中医药大学东方医院）、谢立科（中国中医科学院眼科医院）、许迅（上海市人民医院）、姚克（浙江大学医学院附属第二医院）

本指南讨论专家（按姓氏拼音首字母排序）：陈国孝、陈向东、陈小鸟、崔海滨、戴虹、冯俊、郭承伟、宫华青、韩贯宇、郝晓凤、何明光、何丽云、洪洁、胡竹林、蒋沁、江洋琳、金明、寇列玲、李春霞、李丽华、李甦雁、梁凤鸣、梁丽娜、廖洪斐、廖萱、刘桂香、刘建平、刘静、刘兆兰、罗向霞、吕帆、吕太亮、马建军、马建民、庞凤、彭华、彭清华、邱波、邱礼新、曲毅、荣培晶、沈兰珂、施炜、孙斌、孙利、孙伟、田庆梅、万光明、汪育文、魏丽娟、魏文斌、温莹、吴建峰、吴星伟、徐国兴、严宏、杨隆艳、杨培增、杨迎新、喻京生、于俊利、余良智、俞晓艺、张沧霞、张磊、张林娜、张铭连、张有花、赵明威、赵勇、郑燕林、钟兴武、周佳玮、周剑、周行涛、卓业鸿

# 引 言

## 1 背景信息

弱视是导致小儿视力障碍的常见眼病之一。全球儿童弱视的总患病率为 1.44% (95% CI 1.17% ~ 1.78%)，欧洲 (2.90%) 和北美 (2.41%) 的患病率高于亚洲 (1.09%) 和非洲 (0.72%)，预计到 2040 年弱视患者将由 9.92 亿增加至 22.19 亿<sup>[1]</sup>，弱视正在成为世界范围内的一个重要视力问题。弱视如果得不到及时治疗，不仅会影响视觉发育，而且会影响儿童身心健康，甚至会对其日后的学习、工作、择业、生活等产生许多不良影响。因此弱视的有效防治一直是人们研究和关注的热点。

弱视治疗的目的是提高视力，改善视功能。中医、西医在弱视治疗中各有其独特的理论方法和优势。西医采用光学矫正、遮盖治疗等方法，促进视觉系统发育和视功能的恢复<sup>[2-4]</sup>。中医认为，弱视属于“青盲”、“视瞻昏渺”、“目暗不明”的范畴；其病机为先天禀赋不足、后天失养，肝肾不足、气血亏虚，经络不畅，脉道受阻，精微气血不能上承，髓海空虚，神识不足，目失所养，神光不聚而散，视力缺损而形成弱视。中医治疗以辨证论治口服中药和外治法为主，通过调理气血，协调脏腑，平衡阴阳，促使眼周的气血通畅，经络调达，激发经气，使神光发越可以远达，从而达到提高视力的目的。近年来，中西医结合治疗弱视取得了较好的临床疗效，通过综合考虑患者整体情况、提高神经可塑性，从而促进视觉系统的自我修复和发展。但目前尚缺乏针对弱视的中医、中西医结合诊治的规范性指南。因此，有必要联合中西医眼科专家，在整合证据的基础上，制定适合我国国情的中西医结合弱视诊疗指南，促进临床诊疗技术和规范性的提高。

本文件以中西医结合临床关键问题为导向，遵守循证医学原则，邀请中医、西医和中西医结合临床医学专家，参考国内外相关指南，总结临床专家经验，根据国内外中西医结合诊疗弱视的研究进展，对文献进行系统评价和证据分级，形成《弱视中西医结合临床诊疗指南》（以下简称本文件）。本文件作为团体标准，为从事弱视治疗的中医、西医和中西医结合临床医师提供指导，体现了中西医结合治疗弱视的优势和特点，促进弱视患者视力恢复，缩短治疗时间，提高儿童青少年眼健康水平。

## 2 构建临床问题

本指南制定初期通过专家深度访谈和调研初步确定临床问题，并通过德尔菲法问卷调查，形成以下主要临床问题：

- 1) 光学矫正提高屈光不正性、屈光参差性和斜视性弱视视力的效果如何？
- 2) 遮盖、药物压抑疗法提高弱视视力的效果如何？
- 3) 形觉剥夺性、斜视性弱视手术治疗的时机？
- 4) 双眼视觉训练提高弱视视力和立体视的效果如何？
- 5) 中药经典方剂联合西医疗法能否促进弱视视力的提高？
- 6) 视明宝颗粒、视明饮合剂/汤剂、益视合剂联合西医疗法能否促进弱视视力的提高？

7) 针灸、梅花针、穴位电刺激、耳穴贴压、中药离子导入、推拿联合西医疗法能否促进弱视视力的提高?

8) 弱视的预防与中西医结合调护有哪些?

### 3 资金资助及利益冲突情况

本指南由“山东省中西医结合专病防治项目-青少年视力低下防治”(YXH2019ZXY001)，“山东省重点研发计划-儿童青少年视力低下防控关键技术研发及临床评价”(2021LCZX09)课题支持。

所有共识参与作者均声明不存在利益冲突。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时更新。

# 弱视中西医结合临床诊疗指南

## 1 范围

本文件适用于不同类型弱视的临床诊断、治疗和预防调护等内容。

本文件适用于各级中医、西医、中西医结合临床医疗机构。

本文件适用人群范围为医务工作者（包括临床医师、视光师等）。

本文件的目标人群为3~17岁弱视儿童青少年。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草》

GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语 疾病部分

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 证候部分

GB/T 16751.3—1997 中医临床诊疗术语 治法部分

ZYYXH/T41—2008 中医临床诊疗指南 中医病证部分

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

**弱视** amblyopia

在视觉发育期，由于单眼斜视、未矫正的屈光参差、未矫正的高度屈光不正、形觉剥夺等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<sup>[5]</sup>。

弱视为西医病名，中医尚没有关于弱视的明确名称。中医对“弱视”的论述散见于“小儿通睛症”、“能远怯近”、“能近怯远”、“小儿青盲”、“胎患内障”等相关眼病中。其中，屈光不正性弱视和屈光参差性弱视大部分归属于“能远怯近”、“能近怯远”；斜视性弱视归属于“小儿通睛症”；形觉剥夺性弱视和其他类型，归属于“小儿青盲”、“胎患内障”。

## 4 弱视的诊断

### 4.1 根据病因弱视分类

依据病因进行诊断，即根据引起弱视的病因进行分类<sup>[5]</sup>。

1) 斜视性弱视：单眼斜视形成的弱视。

2) 屈光参差性弱视：由于两眼主要子午线屈光度相差大于 1.00D（双眼远视度数相差  $\geq 1.50\text{D}$ 、散光度数相差  $\geq 1.00\text{D}$ ）而未矫正，较高屈光不正眼视物模糊，影响视觉通路和视皮层的正常神经生理发育而形成弱视。

3) 屈光不正性弱视：多为双眼弱视，易发生于未配戴过矫正眼镜的高度屈光不正儿童（远视屈光度数  $\geq 5.00\text{D}$  和（或）散光度数  $\geq 2.00\text{D}$  可增加形成弱视的危险性），双眼矫正视力相等或接近。

4) 形觉剥夺性弱视：由于屈光间质混浊（如先天性白内障、角膜混浊等）、先天性上睑下垂遮挡视轴、不适当的遮盖等形成形觉剥夺因素所引起的单眼或双眼弱视。

#### 4.2 弱视程度分类<sup>[6]</sup>

1) 轻度弱视：最佳矫正视力低于相应年龄视力正常值下限，且  $\geq 0.2$ 。

2) 重度弱视：最佳矫正视力  $< 0.2$ 。

#### 4.3 病史

通过询问获取完整的病史。人口资料（如性别、年龄等）；目前眼部问题；眼部病史（怀疑视力下降开始的时间，是否给予过屈光矫正或弱视治疗，以前的眼部问题、疾病、诊断和治疗等）；有无外伤史、手术史、高热惊厥病史、发育迟缓或脑瘫；儿童母亲的孕期情况，如：孕龄、产前和围产期相关病史（如怀孕期间饮酒、吸烟、吸毒、药品的使用等）、分娩情况（是否足月、顺产、剖宫产、新生儿缺氧病史等）；家族成员中有无斜视或高度屈光不正者；其他可能相关病史。

#### 4.4 眼科检查

眼科检查包括对眼睛和视觉系统的解剖结构和生理功能的评估。

1) 视力检查：弱视患者最佳矫正视力低于同龄人正常值下限。在给予屈光矫正后分别检查每只眼睛的最佳矫正视力。在视力检查中，以单个视标进行视力检查可能高估视力，以成行的视标来呈现或在要检查的单个视标周围环绕拥挤的棒状图案，可以获得更为准确的单眼视力的评估。

2) 外眼检查：检查眼睑、睫毛、泪器、眼眶等的情况。观察头部和面部的姿势。

3) 双眼眼位和眼球运动检查：评估双眼眼位、眼球运动、有无眼球震颤等。

4) 瞳孔检查：评估瞳孔大小、对称性、形状、直接和间接对光反应，以及有无传入性瞳孔缺陷，以排除其他病因引起的视力下降。

5) 眼前节检查：应用裂隙灯显微镜观察角膜、前房、虹膜和晶状体。观察有无屈光介质混浊，如先天性白内障或角膜混浊等。

6) 眼底检查：检查儿童注视性质，是否有异常固视；视盘、黄斑和视网膜情况，排除眼底器质性病变。

7) 双眼视/立体视检查：弱视儿童常伴有不同程度的同时视、融合功能、立体视功能障碍。结合儿童年龄，采用合适的设备和方法进行检查。

8) 眼压检查：应检查所有能够配合儿童的眼压。

9) 屈光度检查：屈光度的检查包括客观验光和主观验光。客观验光包括电脑验光和视网膜检影验光，主观验光检查应采用综合验光仪验光。儿童客观验光需要在睫状肌麻痹后进行，对于年幼不配合的儿童行视网膜检影验光。

10) 根据年龄和眼位偏斜情况，选择合适的睫状肌麻痹剂，包括 1%阿托品眼膏（或凝胶）、0.5%复方托品酰胺滴眼液、1%盐酸环喷托酯滴眼液等<sup>[5]</sup>。

#### 4.5 诊断标准

弱视的确诊需要检测到视力异常（见表），并确定可能的原因。无斜视、高度屈光不正、屈光参差、屈光间质混浊或结构异常的弱视是罕见的。如果没有明显的原因，应仔细寻找伴有相应视力异常的其他诊断。

弱视诊断标准<sup>[6]</sup>

弱视类型	评估方法和指标	判断标准
单眼弱视	单眼遮盖试验	双眼抗拒反应不对称
	注视偏好反应	单眼不能注视或不能持续注视，或习惯用一只眼睛注视
	选择性观看	双眼相差 $\geq 2$ 个倍频 <sup>#</sup>
	最佳矫正视力	双眼相差 $\geq 2$ 行，较好眼视力在正常范围
双眼弱视 <sup>*</sup>	最佳矫正视力	3 $\leq$ 年龄 $<4$ 岁：视力 $<0.4$
		4 $\leq$ 年龄 $<5$ 岁：视力 $<0.5$
		年龄 $\geq 5$ 岁：视力 $<0.6$

注：需要存在导致单侧或双侧弱视的致病因素，以及相应的视力异常。

<sup>#</sup> 使用全套 Teller 视敏度卡进行选择观看检查，2 个倍频为 4 块检测卡的视力差距，即视力较低眼条栅视力值相当于视力较高眼条栅视力值对应的 1/4 视角。

<sup>\*</sup> 在双侧弱视的情况下，视力可能并不对称。

#### 4.6 中医证候诊断

##### 4.6.1 禀赋不足，肝肾亏虚

证候：视物昏朦，目睛干涩，易疲劳，毛发枯少，爪甲不荣，形体瘦小，发育迟缓，头晕耳鸣，腰膝酸软，少寐多梦；眼部常伴胎患内障或高度屈光不正、眼位偏斜、上胞下垂；或兼见小儿夜惊，遗尿；舌质淡，脉弱。

##### 4.6.2 脾胃虚弱，气血不足

证候：视物昏朦，目若忽无所见，或上胞下垂、眼位偏斜；头晕，或兼见小儿偏食，面色萎黄无华或面色淡白，唇色较淡，纳呆，自汗，消瘦，神疲乏力，少气懒言，食纳不佳，食后脘腹胀满、便溏；舌质淡嫩或边有齿痕，苔薄白或无苔，脉缓弱或脉沉细弱。

##### 4.6.3 气虚血瘀证

证候：视物不清，目偏斜，眦部、胞睑色青紫或污暗，面色萎白，身倦乏力，言语轻微，自汗，小便频数；舌质淡暗或有瘀斑，脉沉涩或脉虚无力。

#### 5 弱视的治疗



## 5.1 中西医结合治疗原则

弱视一旦确诊，应立即治疗。在中西医结合治疗中，应以西医治疗为主，中医治疗为辅，西医和中医充分结合，发挥各自优势，促进弱视儿童视力提高。弱视的中西医结合治疗原则<sup>[5]</sup>包括 5 个方面：①消除形觉剥夺的原因；②矫正屈光不正；③单眼弱视者遮盖非弱视眼，双眼弱视者，若双眼视力无差别或者双眼矫正视力相差 2 行及以下、眼位无偏斜，则无需遮盖；④在常规西医治疗的基础上，根据病情选择适宜的中医治疗方法；⑤弱视治愈后可能复发，治愈后仍需追踪观察 2~3 年。

## 5.2 西医治疗

弱视治疗应当根据儿童的年龄、视力和以往治疗的依从性，选择合适的西医治疗方法。

### 5.2.1 光学矫正

临床问题：光学矫正提高屈光不正性、屈光参差性和斜视性弱视视力的效果如何？

推荐意见：屈光矫正是治疗屈光不正性、屈光参差性和斜视性弱视的最基本的治疗方法，通过框架镜或角膜接触镜，使视网膜上呈现清晰物象，刺激视功能发育。（证据级别：A，推荐级别：强推荐）

证据描述：国家卫生健康委员会医政医管局《弱视诊治指南》和《中国儿童弱视防治专家共识（2021 年）》对儿童弱视的屈光矫正提出指导意见<sup>[5,7]</sup>。1 项纳入 20 项弱视研究（共 1346 只弱视眼）的 Meta 分析<sup>[8]</sup>，以 BCVA 为主要疗效指标，结果显示给予光学矫正治疗弱视对视力的正向效应量为  $1.07 \pm 0.49$ （95%CI: 0.58 to 1.55），屈光矫正对视力改善的有效性随年龄的增加而减小，随治疗时间的延长而增加，初始视力越好，视力提高越明显。安全性方面，光学矫正在弱视治疗中未出现不良反应。

### 5.2.2 遮盖治疗

临床问题：遮盖治疗提高弱视视力的效果如何？

推荐意见：遮盖疗法可以提高单眼弱视患者弱视眼的视力或双眼弱视患者较差眼的视力，也可能在一些儿童中改善斜视，包括完全遮盖（证据级别：A，推荐级别：强推荐）和不完全遮盖（证据级别：B，推荐级别：强推荐）。

证据描述：国家卫生健康委员会医政医管局《弱视诊治指南》、美国弱视推荐指南（preferred practice pattern）和《中国儿童弱视防治专家共识（2021 年）》<sup>[5-7]</sup>提出根据弱视的原因和程度确定遮盖强度，通常年龄越小，遮盖时间越短，建议重度弱视每天遮盖 6 小时，中度弱视每天遮盖 2 小时；不完全遮盖是将半透明材料粘附在视力相对较好眼的镜片上，使其矫正视力低于弱视眼，适用于轻中度弱视、屈光矫正后视力提高不明显、弱视治愈后复发或伴有眼球震颤的弱视儿童。一项纳入 6 项 RCT 研究（共纳入 843 名弱视儿童）的 Meta 分析<sup>[9]</sup>，以 logMAR 行表示 BCVA 的变化为主要结局指标，结果显示不同遮盖方式提高视力情况不同。单纯戴镜视力提高平均值为 2.90 logMAR 行（95%CI: 1.8 to 4.0），戴镜+每天遮盖 2 小时视力提高平均值为 3.30 logMAR 行（95%CI: 2.3 to 4.3），戴镜+每天遮盖 6 小时视力提高平均值为 3.60 logMAR 行（95%CI: 2.6 to 4.6），戴镜+每天遮盖 12 小

时视力提高平均值为 3.40 logMAR 行 (95%CI: 2.3 to 4.5)，戴镜+每天遮盖 2 小时+近距离用眼视力提高平均值为 3.70 logMAR 行 (95%CI: 2.5 to 5.0)，戴镜+每天遮盖 2 小时+远距离用眼视力提高平均值为 3.50 logMAR 行 (95%CI: 2.1 to 5.0)；戴镜+每天遮盖 6 小时视力提高优于单纯戴镜 0.73 logMAR 行 (95%CI: 0.1 to 1.4)，戴镜+每天遮盖 2 小时+近距离用眼视力提高优于单纯戴镜 0.84 logMAR 行 (95%CI: 0.19 to 1.5)。另 1 项纳入 186 名 3-10 岁中度弱视儿童的 RCT 研究显示<sup>[10]</sup>，使用 Bangerter 压抑膜 24 周与完全遮盖组的治疗效果相似 (MD 0.02, 95% CI -0.03 to 0.07)。安全性方面，遮盖疗法在弱视治疗中未出现不良反应。

### 5.2.3 药物压抑疗法

临床问题：药物压抑疗法提高单眼弱视视力的效果如何？

推荐意见：阿托品眼用凝胶压抑治疗轻、中度弱视，效果与遮盖治疗相当。在给予屈光矫正后视力改善不明显、不接受遮盖治疗或遮盖依从性差时，可以考虑给予药物压抑疗法。（证据级别：A，推荐级别：强推荐）。

证据描述：《中国儿童弱视防治专家共识（2021 年）》<sup>[5]</sup>达成共识，弱视儿童视力相对较好眼局部滴用阿托品眼用凝胶压抑其功能，弱视眼配戴常规矫正镜片看远或看近，通过压抑较好眼提高弱视眼视力；使用药物压抑需要按时随访，防止弱视反转。1 项纳入 7 项研究（5 项 RCT 研究和 2 项半随机对照试验，共 1177 只弱视眼）的系统回顾<sup>[11]</sup>结果表明，阿托品药物压抑疗法与遮盖治疗相比，在提高弱视儿童视力，改善眼位和立体视敏度方面效果相当。两种治疗均有良好的耐受性。阿托品药物压抑疗法依从性更高，儿童生活质量更高。安全性方面，使用阿托品药物压抑疗法，健康眼出现视力轻度降低和畏光，但阿托品药物压抑疗法出现的皮肤、眼睑或结膜刺激等不良反应比贴片遮盖治疗更少见。在经济方面，阿托品药物压抑疗法成本低于遮盖治疗。

### 5.2.4 手术

临床问题：形觉剥夺性、斜视性弱视手术治疗的时机？

推荐意见：当弱视归因于白内障、晶状体异常（如球形晶状体、晶状体脱位等）、角膜混浊、上睑下垂，其严重程度已经到了不进行手术治疗就会阻碍弱视治疗效果时，建议尽早手术治疗。弱视伴斜视的手术时机原则一般应在双眼视力接近（相差 2 行以内）后行矫正眼位手术。（证据级别：D，推荐级别：强推荐）

证据描述：国家卫生健康委员会医政医管局《弱视诊治指南》和美国弱视推荐指南（preferred practice pattern）<sup>[6,7]</sup>提出，当弱视是由于屈光间质混浊导致的（如白内障、玻璃体混浊、角膜混浊）或上睑下垂的程度已经到了不进行手术就会阻碍成功的弱视治疗时，应当尽早手术治疗。手术后仍然需要弱视治疗。《中国儿童弱视防治专家共识（2021 年）》<sup>[5]</sup>建议当弱视伴有斜视时，一般应在双眼视力接近（相差 2 行以内）后行矫正眼位手术。2022 年 9 月 8 日，48 位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：临床医师应根据临床条件和患者身体条件，综合评估手术时机，在手术过程中需要严格手术的各个环节，并及时处理可能出现的突发情况（77.1%，37/48 位专家达成共识）。

### 5.2.5 双眼视觉训练

临床问题：双眼视觉训练提高弱视视力和立体视的效果如何？

推荐意见：双眼视觉训练可能有益于弱视个体的视力、立体视力和双眼功能的改善，双眼视觉训练不能完全取代传统遮盖治疗。双眼视觉训练应在屈光矫正的基础上，且不能完全取代传统遮盖治疗。（证据级别：A，推荐级别：强推荐）

证据描述：1 项 Meta 分析<sup>[12]</sup>最终共纳入 13 篇文献(9 项 RCT, 4 项非 RCT)，包括 1146 名受试者，干预组 595 例，对照组 551 例。结果显示，双眼治疗组弱视眼视力[MD: 0.882, 95%CI: (0.152, 1.613)]的改善效果优于对照组。双眼治疗可提高弱视患者的立体视力[MD: 0.138, 95%CI: (0.068, 0.208)]。2022 年 9 月 8 日，48 位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：双眼视觉训练可能有益于弱视个体的视力、立体视力和双眼功能的改善，双眼视觉训练应在屈光矫正的基础上，且不能完全取代传统遮盖治疗。（77.1%，37/48 位专家达成共识）。

## 5.3 中西医结合治疗

### 5.3.1 方药治疗

#### 5.3.1.1 禀赋不足、肝肾亏虚证

临床问题：杞菊地黄丸、四物五子汤、四物五子汤合定志丸或四物五子丸联合西医疗法能否促进禀赋不足、肝肾亏虚型弱视儿童视力提高？

推荐意见：可考虑根据临床条件选用杞菊地黄丸、四物五子汤、四物五子汤合定志丸或四物五子丸加减联合西医治疗禀赋不足、肝肾亏虚型弱视儿童（5 岁以上适用）。

症状：视物昏朦，目睛干涩，易疲劳，毛发枯少，爪甲不荣，形体瘦小，发育迟缓，头晕耳鸣，腰膝酸软，少寐多梦；眼部常伴胎患内障或高度屈光不正、眼位偏斜、上胞下垂；或兼见小儿夜惊，遗尿；舌质淡，脉弱。

治则：补益肝肾，滋阴养血

方药：杞菊地黄丸（《医级》）加减，四物五子汤或四物五子汤合定志丸加减（《审视瑶函》），四物五子丸加减《普济方》。偏肾阳虚者，加山茱萸、补骨脂、仙灵脾以温补阳肾。肝肾阴虚明显者，加楮实子、桑椹子、山萸肉以滋补肝肾；伴脾胃虚弱者，加白术、党参健脾益气。视物疲劳者，加黄芪、蔓荆子补气升清。（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）

证据描述：“十一五”国家重点图书、中国中医药名家经典实用文库《实用中医眼科学》（庄曾渊，张红 2016 年）和“十一五”国家级规划教材《中医眼科学》（曾庆华 2004 年）中均记录，针对禀赋不足证弱视儿童可采用四物五子丸加减、四物五子汤合定志丸加减治疗。研究表明，在遮盖基础上加用四物五子定志丸加减治疗 5~8 岁弱视患儿 58 例取得了较好疗效。针对临床证据有限的情况，2022 年 9 月 8 日，48 位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：可根据临床条件选用四物五子丸加减、四物五子汤合定志丸加减治疗禀赋不足证弱视儿童（87.5%，42/48 位专家达成共识）。

### 5.3.1.2 脾胃虚弱、气血不足证

临床问题：参苓白术散、四君子汤、八珍汤或补元增明汤联合西医疗法能否促进脾胃虚弱、气血不足型弱视儿童视力提高？

推荐意见：可考虑根据临床条件选用参苓白术散、四君子汤、八珍汤或补元增明汤加减联合西医治疗脾胃虚弱、气血不足型弱视儿童（5岁以上适用）。

症状：视物昏朦，目若忽无所见，或上胞下垂、眼位偏斜；头晕，或兼见小儿偏食，面色萎黄无华或面色淡白，唇色较淡，纳呆，自汗，消瘦，神疲乏力，少气懒言，食纳不佳，食后脘腹胀满、便溏；舌质淡嫩或边有齿痕，苔薄白或无苔，脉缓弱或脉沉细弱。

治则：健脾益气补血，化湿和胃

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减，四君子汤（《审视瑶函》）加减<sup>[28-31]</sup>，八珍汤（《正体类要》）加减，补元增明汤加减<sup>[32,33]</sup>。兼食滞者选加山楂、麦芽、神曲、谷芽、鸡内金。脾虚夹湿者加白扁豆、砂仁、薏苡仁。（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）

证据描述：“十一五”国家重点图书、中国中医药名家经典实用文库《实用中医眼科学》（庄曾渊，张红 2016 年）“十一五”国家级规划教材《中医眼科学》（曾庆华 2004 年）、“十三五”规划教材《中西医结合眼科学》（段俊国 2013 年）、《中医眼科学》（彭清华 2016 年）、“十一五”国家重点图书《今日中医眼科》（王永炎，庄曾渊 2000 年）和《当代名医临证精华》（史宇广，单书健 1992 年）记录，针对脾胃虚弱、气血不足证弱视儿童可采用参苓白术散加减、四君子汤加减、八珍汤加减或补元增明汤加减治疗。研究显示，在常规西医治疗基础上，加用参苓白术散加减、四物五子汤加减或八珍汤加减治疗 1.75~15 岁儿童青少年弱视，效果优于单纯西医治疗。参苓白术散、四物五子汤和八珍汤安全、经济，适用于儿童服用。针对临床证据有限的情况，2022 年 9 月 8 日，48 位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：可根据临床条件选用参苓白术散加减或四君子汤加减治疗脾胃虚弱证弱视儿童（91.7%，44/48 位专家达成共识），选用八珍汤加减或补元增明汤加减治疗气血不足证弱视儿童（89.6%，43/48 位专家达成共识）。

### 5.3.1.3 气虚血瘀证

临床问题：补阳还五汤联合西医疗法能否促进气虚血瘀型弱视儿童视力提高？

推荐意见：可考虑根据临床条件选用补阳还五汤加减联合西医治疗气虚血瘀型弱视儿童（5岁以上适用）。

症状：视物不清，目偏斜，眦部、胞睑色青紫或污暗，面色萎白，身倦乏力，言语轻微，自汗，小便频数；舌质淡暗或有瘀斑，脉沉涩或脉虚无力。

治则：补气活血化瘀通络

方药：补阳还五汤（《医林改错》）加减。（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）

证据描述：《医林改错》中提到补阳还五汤有促进气虚血瘀型弱视视力提高的作用。“十一五”国家重点图书、中国中医药名家经典实用文库《实用中医眼科学》（庄曾渊，张红 2016 年）中记录，针对气虚血瘀证弱视儿童可采用补阳还五汤加减治疗。针对临床

证据有限的情况，2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：可根据临床条件选用补阳还五汤加减治疗气虚血瘀证弱视儿童（89.6%，43/48位专家达成共识）。

### 5.3.2 现代方剂和中成药治疗

#### 5.3.2.1 视明宝颗粒

临床问题：视明宝颗粒联合西医能否促进弱视视力的提高？

推荐意见：视明宝颗粒可联合屈光矫正治疗屈光不正性弱视、屈光参差性弱视、斜视性弱视。（证据级别：C，推荐级别：弱推荐）

出处：山东中医药大学附属医院院内制剂，为全国首批名老中医药专家衣元良主任医师经验方。

适应证型：禀赋不足、肝肾亏虚证，脾胃虚弱、气血不足证

药物组成：熟地黄、枸杞子、当归、白芍、党参、菟丝子、黄柏、陈皮、黄精、薏仁、女贞子。

治则：滋补肝肾、益精养血、健脾益气

用法：每次18g，每天2次，1月为1个疗程。

证据描述：2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：视明宝颗粒在辅助治疗弱视儿童方面的安全性好，无不良反应，患者依从性好（87.5%，42/48位专家达成共识）。视明宝颗粒相关的非随机对照试验<sup>[13]</sup>表明，在弱视治疗方面，5~12岁弱视儿童，与99例188眼口服思利巴加屈光矫正相比，88例156眼口服中药视明宝颗粒加屈光矫正的基本治愈率（RR=2.21；95%CI: 1.76 to 2.78）和有效率（RR=2.94；95%CI: 2.39 to 3.63）均较高。安全性方面，视明宝颗粒在弱视治疗中未出现不良反应。

#### 5.3.2.2 视明饮合剂/视明饮汤剂

临床问题：视明饮合剂/视明饮汤剂联合西医疗法能否促进弱视视力的提高？

推荐意见：视明饮合剂/视明饮汤剂联合西医疗法可促进弱视视力的提高。（证据级别：C，推荐级别：弱推荐）

出处：山东中医药大学附属医院院内制剂，为全国首批名老中医药专家衣元良主任医师经验方。

适应证型：禀赋不足、肝肾亏虚证，脾胃虚弱、气血不足证

药物组成：熟地黄、当归、白芍、黄精、山药、女贞子、肉苁蓉、桑葚子、陈皮。

治则：滋补肝肾、益精养血、健脾益气

用法：口服，每日1剂，分早晚两次服用，2个月为1个疗程。

证据描述：2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：视明饮合剂/视明饮汤剂在辅助治疗弱视儿童方面的安全性好，无不良反应，患者依从性好（79.2%，38/48位专家达成共识）。视明饮汤剂相关的非随机对照试验结果<sup>[14]</sup>表明，在弱视治疗方面，4~15岁弱视儿童，视明饮汤剂辨证加减联合常规西医治疗（34例68眼）

与单纯常规西医治疗（36 例 70 眼）相比，视明饮汤剂辨证加减联合常规西医治疗治疗基本痊愈率（RR=6.91; 95%CI: 3.97 to 12.03）和总有效率（RR=4.63; 95%CI: 2.89 to 7.44）均占优势。视明饮合剂/视明饮汤剂与西医联合使用，效果优于单纯西医治疗。安全性方面，视明饮合剂/视明饮汤剂在弱视治疗中未出现不良反应。

### 5.3.2.3 益视合剂

临床问题：益视合剂联合西医疗法能否促进弱视视力的提高？

推荐意见：益视合剂联合西医疗法可促进弱视视力的提高。（证据级别：B，推荐级别：弱推荐）

出处：江苏省中医院院内制剂

适应证型：禀赋不足、肝肾亏虚证

药物组成：益智仁、肉苁蓉、枸杞子、白术、远志、石菖蒲

治则：补肾填精、益智明目

用法：每次 20ml，每日 2 次，早晚饭后口服，4 周为 1 个疗程。

证据描述：纳入 2 项 RCT 研究<sup>[15,16]</sup>进行证据综合，涉及 3~14 岁 116 例弱视儿童。在提高最佳矫正视力方面，与单纯常规西医疗法相比，益视合剂联合西医治疗可能对促进弱视儿童视力提高更有效（RR=1.42; 95%CI: 1.12 to 1.82）。中药益视合剂作为辅助治疗方法可以显著提高儿童弱视的治愈率，缩短治疗时间。安全性方面，益视合剂在弱视治疗中未出现不良反应。

### 5.3.3 针刺疗法治疗

临床问题：针刺联合西医治疗能否促进弱视视力的提高？

推荐意见：针刺联合西医治疗可促进弱视视力的提高。（证据级别：A，推荐级别：强推荐）

1) 常用穴位和取穴方法<sup>[17,18]</sup>：

常用穴位：①眼周取穴：睛明、承泣、攒竹、球后、鱼腰等；②头部及四肢取穴：风池、翳明穴、百会、四神聪、太阳、四白、合谷、光明、跖阳、三阴交、足三里、太溪等；先天禀赋不足配肝俞、肾俞、三阴交；肝肾不足者配肝俞、肾俞、三阴交、复溜；脾胃虚弱者配关元、天枢、中脘、气海、足三里、脾俞、胃俞、合谷；气血亏虚配足三里、关元、血海等。

方法：多采用补法治疗。每次三组穴位各取 1~2 穴，年龄小的患儿不留针，年龄大的患儿留针 10~20 分钟，每日 1 次，每周治疗 5 次，10 次为一个疗程；以后每周隔日 1 次或每周 2 次。根据视力提高情况，决定治疗疗程。

2) 针刺治疗五个穴位<sup>[19,20]</sup>：百会、健侧合谷、双侧太阳穴、双侧跖阳、双侧攒竹，刺入穴位后用捻转的方法得气，留针 15 分钟。每日 1 次，每周治疗 5 次。

证据描述：1 项纳入 14 个 RCT 研究的针刺相关 Meta 分析<sup>[18]</sup>结果显示，加用针刺治疗弱视与单纯常规西医疗法相比更有效（RR=1.16; 95%CI: 1.12 to 1.19）。针刺治疗五个穴位的 2 项 RCT 研究<sup>[19,20]</sup>进行证据综合，共纳入 171 名 3~12 岁弱视儿童，以 BCVA 提高为



主要疗效指标, 结果显示, 治疗 15 周时, 加用针刺治疗比单纯屈光矫正或遮盖更有效 ( $RR=1.63$ ;  $95\%CI: 1.22$  to  $2.17$ ), 安全性方面, 针刺疗法在弱视治疗中未出现不良反应。

#### 5.3.4 梅花针法治疗

临床问题: 梅花针刺联合西医治疗能否促进弱视视力的提高?

推荐意见: 梅花针刺联合西医治疗可促进弱视视力的提高。(证据级别: B, 推荐级别: 强推荐)

穴位选择<sup>[21,22]</sup>: 正光 1、正光 2、风池、内关、大椎。每个治疗穴位叩刺 200~300 下, 以局部出现潮红为度, 每天 1 次, 每周 5 次, 10 天为 1 个疗程。

证据描述: 纳入 2 项梅花针相关的 RCT 研究<sup>[21,22]</sup>进行证据综合, 涉及 120 例弱视儿童, 在提高 BCVA 方面, 结果显示, 与单纯常规西医疗法相比, 加用梅花针干预可能对提高弱视儿童视力更有效 ( $RR=1.73$ ;  $95\%CI: 1.35$  to  $2.21$ )。安全性方面, 梅花针法在弱视治疗中未出现不良反应。

#### 5.3.5 穴位电刺激法治疗

临床问题: 穴位电刺激联合西医治疗能否促进弱视视力的提高?

推荐意见: 穴位电刺激联合西医治疗可促进弱视视力的提高。(证据级别: B, 推荐级别: 强推荐)

选取眼周、头部和四肢常用穴位, 给予电刺激治疗, 正极片置于眼周和头部穴位, 负极片置于远端穴位, 每次 20 分钟, 1 周治疗 5 次, 1 个月为 1 个疗程。

证据描述: 2 项 RCT 研究<sup>[23,24]</sup>中 222 名弱视儿童被随机分为穴位电刺激治疗组、西医传统综合治疗组、联合治疗组, 结果表明治疗 6 个月后, 穴位电刺激法在治疗儿童弱视中与传统综合疗法相比, 功效相近, 且两种方法配合使用疗效更优 ( $RR=1.18$ ;  $95\%CI: 1.06$  to  $1.32$ )。安全性方面, 无明显不良反应。2022 年 9 月 8 日, 48 位专家参与指南共识会议, 通过讨论提出推荐意见: 穴位电刺激法在辅助治疗弱视儿童方面的安全性好, 无不良反应, 患者依从性好 (91.7%, 44/48 位专家达成共识)。

#### 5.3.6 耳穴贴压法治疗

临床问题: 耳穴贴压联合西医治疗能否促进弱视视力的提高?

推荐意见: 耳穴贴压联合西医治疗可促进弱视视力的提高。(证据级别: B, 推荐级别: 强推荐)

取穴<sup>[25,26]</sup>: 眼、肝、肾、目 1、目 2、脾、心、神门、枕、额、屏间前、屏间后、胃、皮质下、新眼 1、新眼 2、新眼 3、新眼 4、屏尖等, 每次根据儿童具体情况, 选取 6~8 个穴位, 用王不留行籽贴压在所选穴位敏感点上, 按压强度以耳廓达到热、胀、酸、痛为度, 每次压一侧耳穴, 两耳交替选穴, 每日按压 4~5 次, 每次按压 3~5 分钟, 每周更换 1 次, 10 次为一疗程。

证据描述: 纳入 4 项耳穴贴压相关的 RCT 研究进行证据综合, 对照组给予单纯常规西医治疗 (239 人 291 眼), 治疗组给予对照组基础上加用耳穴贴压 (266 人 289 眼), 结

果表明，与单纯常规西医疗法相比，加用耳穴贴压干预可能对促进弱视儿童视力提高更有效（RR=1.12；95%CI：1.05，1.19）。耳穴贴压简便易行、且见效快、疗程短、无副作用<sup>[25]</sup>。2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：耳穴贴压法在辅助治疗弱视儿童方面的安全性好，无不良反应，患者依从性好（79.2%，38/48位专家达成共识）。

### 5.3.7 中药离子导入法治疗

临床问题：中药离子导入联合西医治疗能否促进弱视视力的提高？

推荐意见：中药离子导入联合西医治疗可促进弱视视力的提高。（证据级别：B，推荐级别：强推荐）

根据弱视儿童证候类型选方用药，制备中药液，嘱儿童仰卧闭目，然后将由纱布制成的浸有中药液的衬垫置于眼部并使用绷带固定，同时将电极的正极和负极分别连接药垫，开启电源。电流强度根据儿童耐受度进行调整，每日治疗30分钟，每日1次，30天为一个疗程<sup>[27,28]</sup>。

证据描述：1项RCT研究<sup>[28]</sup>中治疗组采用中西医结合治疗（55例90眼），对照组采用西医综合治疗（50例79眼），结果表明治疗5个月后，中西医结合治疗弱视更有效（RR=1.11；95%CI：1.01 to 1.23）。离子导入的方法具有无损伤、无毒副作用、疗效可靠等特点。2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：中药离子导入法在辅助治疗弱视儿童方面的安全性好，无不良反应，患者依从性好（87.5%，42/48位专家达成共识）。

### 5.3.8 推拿法治疗

临床问题：推拿联合西医治疗能否促进弱视视力的提高？

推荐意见：推拿联合西医治疗可促进弱视视力的提高。（证据级别：B，推荐级别：强推荐）

开天门30~50次，推坎宫30~50次，分推额阴阳30~50次，按揉背腰部，滚背腰部，弹拨背腰部肝俞、肾俞等诸俞穴。拇指点压轻揉四白、睛明、鱼腰、攒竹、承泣、太阳、丝竹空、瞳子髎，按揉风池、百会、合谷、印堂，每穴按揉1分钟。每天1次，每周5次，10次为一个疗程。

证据描述：2项RCT研究<sup>[29,30]</sup>中对照组（68例）给予屈光矫正或屈光矫正联合遮盖，治疗组（72例）加用推拿治疗，结果显示，加用推拿治疗屈光性弱视疗效优于单纯屈光矫正或屈光矫正联合遮盖治疗（RR=1.35；95%CI：1.10, 1.67）。2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：推拿法在辅助治疗弱视儿童方面的安全性好，无不良反应，患者依从性好（77.1%，37/48位专家达成共识）。

## 6 预防与中西医结合调护

### 6.1 弱视的筛查以及早发现、早干预



临床问题：如何做好弱视的预防以及早发现、早干预？

推荐意见：0~6岁儿童应分别在新生儿期、婴儿期、1~3岁幼儿期、学龄前期进行视力评估，以早发现儿童视力不良。建议对3~5岁儿童进行弱视危险因素专科筛查，以及时发现弱视或其危险因素。（证据级别：D，推荐级别：强推荐）

证据描述：国家卫生健康委办公厅《0~6岁儿童眼保健及视力检查服务规范（试行）》<sup>[33]</sup>，指出0~6岁儿童分别在新生儿期、婴儿期、1~3岁幼儿期、学龄前期共进行13次视力检查，以早发现儿童视力不良。1项系统评价<sup>[32]</sup>研究结果显示，筛查与弱视患病率的绝对降低相关，即0.9%至1.6%（相对降低：45%至62%）。1项纳入2017-2019年发表的5个临床实践指南的系统评价<sup>[31]</sup>指出，建议对3~5岁儿童进行弱视危险因素专科筛查，以及时发现弱视或其危险因素。

## 6.2 弱视的中西医结合调护

临床问题：如何做好弱视的中西医结合调护？

推荐意见：①普及弱视知识的宣传教育工作，使家长了解有关弱视治疗的基本知识。②建立良好的医患合作关系，医务人员应将弱视的危害性、可逆性、治疗方法和注意事项告知家长并取得合作，提高弱视治疗的依从性；家长应当监督儿童使用正确的方法进行弱视治疗，定期复诊。③弱视的发病与体质类型有关，可通过饮食起居、运动等改善偏颇体质，提高弱视治疗效果。（证据级别：A，推荐级别：强推荐）

证据描述：1项纳入4个RCT研究（558名弱视儿童）的Meta分析<sup>[34]</sup>，以评价综合干预措施在提高弱视儿童遮盖治疗依从性方面的效果，结果显示综合干预措施（宣传教育、奖赏机制、预约随诊时间等）较对照组（单纯奖赏机制或无宣传教育或不干预）具有更好的疗效（ $R=0.249$ ，95%CI 0.16, 0.329）。弱视的发病与体质类型有关<sup>[35]</sup>，屈光参差性弱视多为平和质、阴虚质和湿热质，屈光参差性弱视多为阴虚质和平和质，斜视性弱视多为阳虚质，儿童体质对弱视的预防和治疗有一定的临床指导意义。2022年9月8日，48位专家参与指南共识会议，通过讨论提出推荐意见：弱视的中西医结合调护，应重视宣传教育，提高治疗依从性，可结合调摄偏颇体质改善弱视儿童的视力（87.5%，42/48位专家达成共识）。

## 7 诊疗流程图

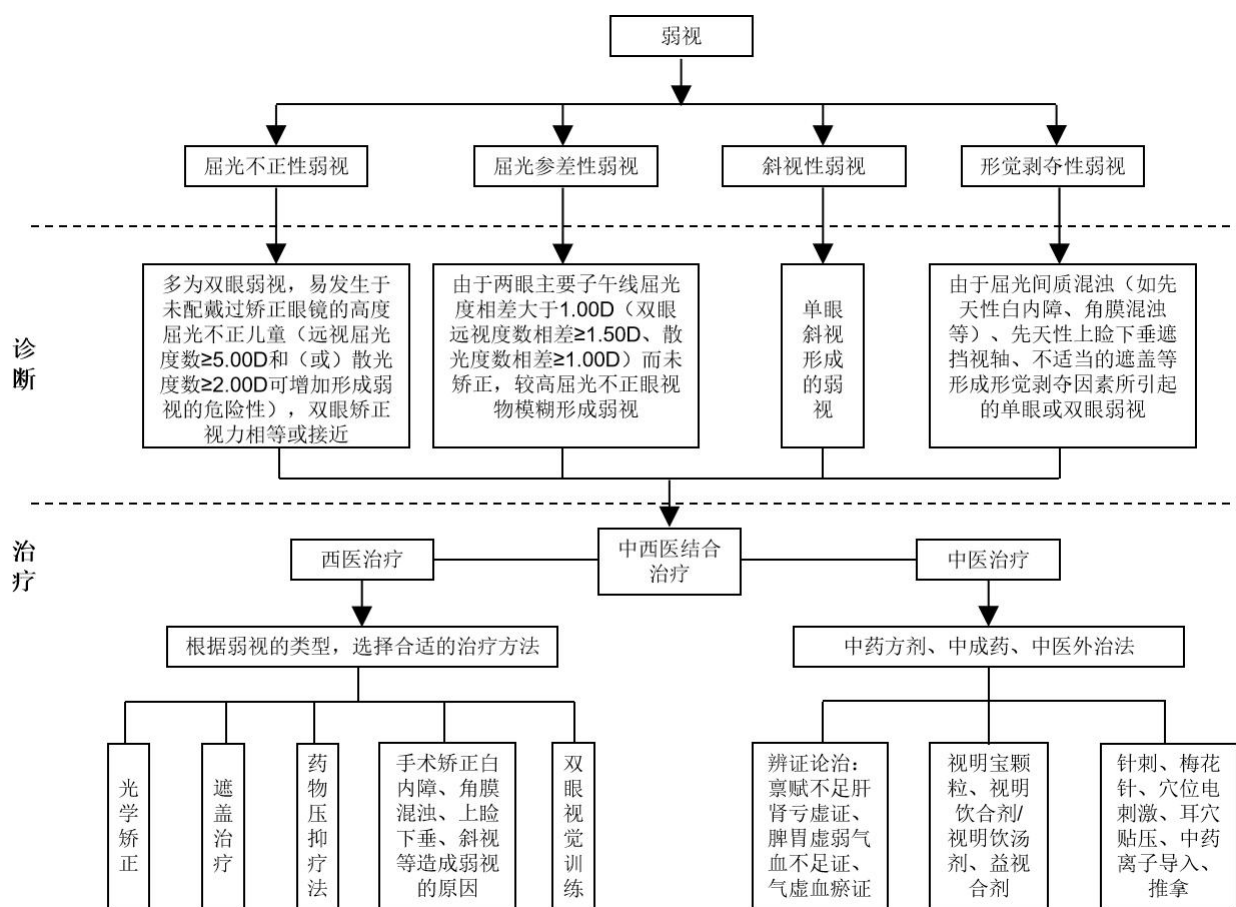


图1 儿童青少年弱视中西医结合诊疗流程

## 附录 A

### 编制方法 (资料性)

#### 一、主要工作过程

##### 1. 指南注册与撰写计划书

本指南计划通过专家访谈、临床问题调研、名义组会议、专家共识会议等方法进行撰写。2022 年 9 月 22 日本指南补注册于国际实践指南注册与透明化平台(注册编号: PREPARE-2022CN619)。

##### 2. 成立工作组

2022 年 5 月,工作组成立了指导委员会、方法学专家组、证据评价及文件起草组。

##### 3. 调研与构建指南问题

通过一对一深入访谈和临床问题调研确定指南制定的基本方向和原则,确定指南的原始问题。

##### 4. 证据检索、筛选、提取与综合

通过三轮德尔菲问卷调查确定进入名义群组会议的指南问题。针对已确定的临床问题,分别采用系统评价偏倚风险评价工具 AMSTAR、Cochrane 偏倚风险评价工具对纳入的系统评价和 Meta 分析、随机对照试验等研究进行方法学质量评价。采用推荐意见分级的评估、制定及评价(GRADE)方法对有相关研究的证据质量和推荐意见进行分级。基于 Meta 分析证据综合的理论,采用 Revman 对单项随机对照试验的结果进行证据综合,起草工作组讨论稿。

##### 5. 推荐意见并撰写修改指南草案

通过名义群组会议确定最终的干预及其推荐意见,形成征求意见稿。

##### 6. 征求意见

2022 年 9 月 10 日邀请来自 19 个省份 50 名高级职称的中西医临床和方法学专家参与此次专家共识会,进一步论证意见稿,公开征求意见;2023 年 8 月至 9 月,通过函审进一步广泛征求意见,所有意见汇总处理后最终形成送审稿。

##### 7. 审查

工作组将送审稿提交中国中西医结合学会标准化办公室进行形式审核,根据答辩评审会议、团体标准技术审查等专家评审意见修改完善送审材料。

#### 二、重大分歧意见的处理经过和依据

依据世界卫生组织发布的《世界卫生组织指南制订手册》,针对证据评价过程中的两位证据评价组成员的意见分歧,通过核对讨论或咨询第三方人员解决。

#### 三、与相关法律、法规和强制性标准的关系

本指南工作组研究形成的《弱视中西医结合临床诊疗指南》与现行法律、法规和强制性标准没有冲突,并且在编制过程中严格遵循已有的国际、国内标准,使文本内容符合规范,言之有据。

编制说明的详细内容请邮件联系本指南负责人毕宏生教授：[hongshengbi@126.com](mailto:hongshengbi@126.com)。

附 录 B

证据综合报告  
(资料性)

表 1 证据概要表

弱视治疗	临床问题				研究类型及数量	效应值及可信区间	证据等级	是否升级或降级	升级或降级因素	结论
	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)						
光学矫正	弱视儿童青少年	光学矫正	空白对照	最佳矫正视力	1 项纳入 20 项光学矫正研究 (1346 名弱视儿童) 的 Meta 分析	给予光学矫正治疗弱视对视力的正向效应量为 $1.07 \pm 0.49$ (95%CI: 0.58 to 1.55)	A	否	\	屈光矫正是治疗屈光不正性、屈光参差性和斜视性弱视的最基本的治疗方法
遮盖治疗	弱视儿童青少年	遮盖治疗联合屈光矫正	单纯屈光矫正	最佳矫正视力	1 项纳入 6 项 RCT 研究 (共纳入 843 名弱视儿童) 的 Meta 分析	不同遮盖方式提高视力情况不同。单纯戴镜视力提高平均值为 2.90 logMAR 行 (95%CI: 1.8 to 4.0)，戴镜+每天遮盖 2 小时视力提高平均值为 3.30 logMAR 行 (95%CI: 2.3 to 4.3)，戴镜+每天遮盖 6 小时视力提高平均值为 3.60 logMAR 行 (95%CI: 2.6 to 4.6)，戴镜+每天遮盖 12 小时视力提高平均值为 3.40 logMAR 行 (95%CI: 2.3 to 4.5)，戴镜+每天遮盖 2 小时+近距离用眼视力提高平均值为 3.70 logMAR 行 (95%CI: 2.5 to 5.0)，	A	否	\	遮盖疗法可以提高单眼弱视患者弱视眼的视力或双眼弱视患者较差眼的视力

						戴镜+每天遮盖 2 小时+远距离用眼视力提高平均值为 3.50 logMAR 行 (95%CI: 2.1 to 5.0)。戴镜+每天遮盖 6 小时视力提高优于单纯戴镜 0.73 logMAR 行 (95%CI: 0.1 to 1.4)，戴镜+每天遮盖 2 小时+近距离用眼视力提高优于单纯戴镜 0.84 logMAR 行 (95%CI: 0.19 to 1.5)				
Bangerter 压抑膜	弱视儿童青少年	Bangerter 压抑膜联合屈光矫正	遮盖或单纯屈光矫正	最佳矫正视力	1 项纳入 186 名 3-10 岁中度弱视儿童的 RCT 研究	使用 Bangerter 压抑膜 24 周与完全遮盖组的治疗效果相似 (MD 0.02, 95% CI -0.03 to 0.07)	B	降级	小样本研究, 样本 < 400, 无盲法	对于中度弱视, Bangerter 压抑膜与完全遮盖相比, 视力改善相似
药物压抑疗法	弱视儿童青少年	药物压抑疗法	遮盖治疗	最佳矫正视力、眼位、立体视敏度	1 项纳入 7 项研究 (5 项 RCT 研究和 2 项半随机对照试验, 共 1177 只弱视眼) 的 Meta 分析	阿托品药物压抑疗法与遮盖治疗相比, 在提高弱视儿童视力 (4 个 RCT), 改善眼位 (3 个 RCT) 和立体视敏度 (5 个 RCT) 方面效果相当。视力方面, 6 个月时, 1 项 RCT 精确估计 MD=0.03, 95%CI= 0.00 to 0.06; 24 个月时, 1 项 RCT 精确估计 (MD 0.01, 95% CI - 0.02 to 0.04)	A	否	\	阿托品压抑治疗轻、中度弱视, 效果与遮盖治疗相当
视觉训练	弱视患者	双眼视觉训练	空白对照、假训练、屈光矫正、遮盖治疗	最佳矫正视力、立体视	1 项纳入 13 篇文献, 包括 1146 名受试者, 干预组 595 例, 对照组 551 例的 Meta 分析	双眼治疗组弱视眼视力 [MD: 0.882, 95%CI: (0.152, 1.613), P = 0.018] 的改善效果优于对照组。双眼治疗可提高弱视患者的立体视力 [MD: 0.138, 95%CI: (0.068, 0.208), P < 0.001]	A	否	\	双眼视觉训练可以用于弱视治疗, 但不能完全替代传统遮盖治疗

现代方剂和中成药	弱视儿童青少年	口服中药视明宝颗粒加屈光矫正	口服思利巴加屈光矫正	有效率和治愈率	1项非随机对照试验	口服中药视明宝颗粒加屈光矫正基本治愈率（RR=2.21; 95%CI: 1.76 to 2.78）和有效率（RR=2.94; 95%CI: 2.39 to 3.63）较口服思利巴加屈光矫正均高	C	降级	小样本研究，样本<400，无盲法，无随机隐藏	视明宝颗粒联合屈光矫正治疗屈光不正性弱视、屈光参差性弱视、斜视性弱视疗效可靠，且优于思利巴联合屈光矫正治疗
	弱视儿童青少年	视明饮汤剂辨证加减联合常规西医治疗	常规西医治疗法	有效率和治愈率	1项非随机对照试验	与常规西医疗法相比，视明饮汤剂辨证加减联合常规西医治疗基本痊愈率（RR=6.91; 95%CI: 3.97 to 12.03）和总有效率（RR=4.63; 95%CI: 2.89 to 7.44）均占优势	C	降级	小样本研究，样本<400，无盲法，无随机隐藏	视明饮合剂/视明饮汤剂与西医联合使用，效果优于单纯西医治疗
	弱视儿童青少年	益视合剂联合常规西医治疗法	常规西医治疗法	有效率和治愈率	2项RCT研究	与单纯常规西医疗法相比，加用益视合剂可能对促进弱视儿童视力提高更有效（RR=1.42; 95%CI: 1.12 to 1.82）	B	降级	小样本研究，样本<400，无盲法	中药益视合剂作为辅助治疗方法可以显著提高儿童弱视的治愈率，缩短治疗时间
针灸	弱视儿童青少年	针灸联合常规西医疗法	常规西医疗法	最佳矫正视力	1项纳入14个RCT研究的针刺相关Meta分析和2项RCT研究	加用针灸治疗弱视与单纯常规西医疗法相比更有效（RR=1.17; 95%CI: 1.13 to 1.21）	A	否	\	加用针灸治疗弱视的总有效率明显优于单纯常规西医疗法
梅花针	弱视儿童青少年	梅花针联合常规西医疗法	常规西医疗法	有效率和治愈率	2项RCT研究	与单纯常规西医疗法相比，加用梅花针干预可能对提高弱视儿童视力更有效（RR=1.73; 95%CI: 1.35 to 2.21）	B	降级	小样本研究，样本<400，无盲法	加用梅花针治疗弱视的总有效率明显优于单纯常规西医疗法
穴位电刺激	弱视儿童青少年	穴位电刺激联合常规西医疗法	穴位电刺激法、常规西医疗法	治愈率	2项RCT研究（222名弱视儿童）	治疗6个月后，穴位电刺激法在治疗儿童弱视中与传统综合疗法相比，功效相近，且两种方法配合使用疗效更优（RR=1.18; 95%CI: 1.06 to 1.32）	B	降级	小样本研究，样本<400，无盲法	穴位电刺激法在治疗儿童弱视中与传统综合疗法相比，功效相近，且两种方法配合使用疗效更优

耳穴贴压	弱视儿童青少年	耳穴贴压联合常规西医疗法	常规西医疗法	有效率	4项RCT研究	与单纯常规西医疗法相比，加用耳穴贴压干预可能对促进弱视儿童视力提高更有效（RR=1.12；95%CI：1.05, 1.19）	B	降级	无盲法	耳穴贴压结合常规西医疗法治疗儿童弱视疗效显著
中药离子导入	弱视儿童青少年	中药离子导入联合常规西医疗法	常规西医疗法	有效率	1项RCT研究	中西医结合治疗较常规西医疗法更有效（RR=1.11；95%CI: 1.01 to 1.23）	B	降级	小样本研究，样本<400，无盲法	在西医方法治疗的基础上，结合中药离子导入疗法治疗儿童弱视的临床效果更显著
推拿	弱视儿童青少年	推拿联合屈光矫正、屈光矫正加遮盖	屈光矫正、屈光矫正加遮盖	有效率	2项RCT研究	加用推拿治疗屈光性弱视疗效优于单纯屈光矫正或屈光矫正联合遮盖治疗（RR=1.35；95%CI：1.10, 1.67）。	B	降级	小样本研究，样本<400，无盲法	在西医方法治疗的基础上，结合推拿疗法治疗儿童弱视的临床效果更显著
中西医结合调护	弱视儿童青少年	整体干预措施（宣传教育、奖赏机制、预约随诊时间等）	单纯奖赏机制、无宣传教育、不干预	遮盖依从性	1项纳入4个RCT研究（558名弱视儿童）的Meta分析	综合干预措施（宣传教育、奖赏机制、预约随诊时间等）较对照组（单纯奖赏机制或无宣传教育或不干预）具有更好的疗效（R=0.249，95%CI 0.16, 0.329）。	A	否	\	综合干预措施可提高遮盖依从性，促进弱视视力恢复



附 录 C

引用的相关标准  
(资料性)

C.1 证据的评价和分级标准

本指南采用 GRADE 工作组 2004 年制订的推荐分级的评估、制定和评价(The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE)标准进行证据确定性分级。

文献筛选和评价过程由两名评价员独立进行；如双方意见不一致，通过协商解决或由第三方裁决，具体内容见表 2。

表 2 GRADE 证据确定性分级(GRADE certainty ratings)

证据确定性等级	定义
高(A)	非常确信观察值接近真实值，进一步研究不大可能改变该观察值的可信度
中(B)	对观察值有中等强度信心：真实值有可能接近观察值，但仍存在两者不同的可能性，进一步研究可能改变观察值的可信度，且可能改变该观察值的结果
低(C)	对观察值的确信程度有限：真实值可能与观察值差别很大，进一步研究极有可能改变观察值的可信度，且很可能改变该观察值的结果
极低(D)	对观察值几乎没有信心：真实值很可能与观察值不同，真实值可能与观察值有很大差别，观察值的结果很不确定

C.2 推荐原则

本指南的推荐分级标准按照 GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)工作组制定的推荐强度级别标准进行证据推荐（表 3）。该指南中推荐意见分为强、弱两级，当证据明确显示干预措施利优于弊或弊优于利时，指南小组可将其列为强推荐；当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐（条件推荐）。

表 3 强推荐和弱推荐（条件推荐）的含义

含义	强推荐	弱推荐（条件推荐）
对于患者	在这种情况下，大多数人会希望采取这个建议的方案，只有一小部分人不会。不太需要正式的决策辅助工具来帮助个人做出符合其价值观和偏好的决策	在这种情况下，大多数人都会采用建议的这个方案，但许多人不会
对于临床工作者	大多数人都应该接受此干预。根据指南遵守本建议可作为质量标准或绩效指标	认识到不同的选择适用于不同的患者个体，您必须帮助每个患者做出符合其价值观和偏好的管理决策。决策辅助工具可能会有帮助个人做出符合其价值观和偏好的决策
对于政策决策者	在大多数情况下，该建议可以被改编成政策	决策的制定将需要各种利益相关者的大量辩论和参与

## 附 录 D

缩略词对照表  
(资料性)

缩略词	英文全称	中文全称
AAO	American Academy of Ophthalmology	美国眼科学会
BCVA	Best corrected visual acuity	最佳矫正视力
CI	Confidence interval	置信区间
D	Diopter	屈光度
MD	Mean difference	均数标准差
OR	Odds ratio	优势比
P-VEP	Pattern visual evoked potential	图形视觉诱发电位
RCT	Randomised controlled trial	随机对照研究
RR	Relative risk	相对危险度
SD	Standard deviation	标准差

## 参 考 文 献

- [1]Fu Z, Hong H, Su Z, et al. Global prevalence of amblyopia and disease burden projections through 2040: a systematic review and meta-analysis[J]. Br J Ophthalmol, 2020,104(8):1164-1170.
- [2]Stewart CE, Moseley MJ, Fielder AR, et al. Refractive adaptation in amblyopia: quantification of effect and implications for practice[J]. Br J Ophthalmol, 2004,88(12):1552-1556.
- [3]Cotter SA, Pediatric Eye Disease Investigator Group, Edwards AR, et al. Treatment of anisometropic amblyopia in children with refractive correction[J]. Ophthalmology, 2006,113(6):895-903.
- [4]Repka MX, Kraker RT, Beck RW, et al. Treatment of severe amblyopia with weekend atropine: results from 2 randomized clinical trials[J]. J AAPOS, 2009,13(3):258-263.
- [5]中华医学会眼科学分会斜视与小儿眼科学组,中国医师协会眼科医师分会斜视与小儿眼科学组.中国儿童弱视防治专家共识(2021年)[J].中华眼科杂志,2021,57(05):336-340.
- [6]Cruz OA, Repka MX, Hercinovic A, et al. Amblyopia Preferred Practice Pattern[J]. Ophthalmology, 2023,130(3):P136-P178.
- [7]中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局《弱视诊治指南》. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7652/201806/f8477829bfe149aeb4d75ddce0a663e.shtml?R0NMKk6uozOC=1664156467762>.
- [8]Asper L, Watt K, Khoo S. Optical treatment of amblyopia: a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Exp Optom, 2018,101(4):431-442.
- [9]Li Y, Sun H, Zhu X, et al. Efficacy of interventions for amblyopia: a systematic review and network meta-analysis[J]. BMC Ophthalmol, 2020,20(1):203.
- [10]Pediatric Eye Disease Investigator Group Writing Committee, Rutstein RP, Quinn GE, et al. A randomized trial comparing Bangerter filters and patching for the treatment of moderate amblyopia in children[J]. Ophthalmology, 2010,117(5):998-1004.e6.
- [11]Li T, Qureshi R, Taylor K. Conventional occlusion versus pharmacologic penalization for amblyopia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019,8(8):CD006460.
- [12]Jin L, Fang Y, Jin C. Binocular treatment for individual with amblyopia: A systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2022,101(27):e28975.
- [13]于文洲.视明宝颗粒治疗小儿弱视的研究[D].山东中医药大学,2005.
- [14]韩红.视明饮汤剂加减治疗近视性弱视的临床观察[D].山东中医药大学,2003.
- [15]张利玲,滕维城,林萍.益视冲剂治疗儿童弱视 80 例临床观察[J].陕西中医,2001,(05):271-272.
- [16]汪新,魏伟.中药“益视合剂”辅助治疗儿童弱视[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2015,29(01):56-59.
- [17]段俊国.中西医结合眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2013.
- [18]胡英华,李铁,韩冬岳,等.针灸治疗弱视的 Meta 分析[J].中国针灸,2014,34(02):205-208.
- [19]Lam DS, Zhao J, Chen LJ, et al. Adjunctive effect of acupuncture to refractive correction on anisometropic amblyopia: one-year results of a randomized crossover trial[J]. Ophthalmology, 2011,118(8):1501-1511.

- [20]Zhao J, Lam DS, Chen LJ, et al. Randomized controlled trial of patching vs acupuncture for anisometropic amblyopia in children aged 7 to 12 years[J]. Arch Ophthalmol, 2010,128(12):1510-1517.
- [21]吴烈,张国亮,杨迎新,等.电梅花针治疗儿童弱视的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2011,31(03):342-345.
- [22]胡晓丹.电梅花针治疗儿童弱视的临床疗效评价[D].北京中医药大学,2008.
- [23]吴秋欣.眼周经皮穴位电刺激(Eye-TEAS)治疗小儿屈光参差性弱视的临床疗效评价研究[D].山东中医药大学,2022.
- [24]严兴科,褚慧菊,王富春,等.穴位电刺激疗法治疗儿童弱视的临床研究[J].环球中医药,2009,2(01):44-47.
- [25]费传统,徐英杰,徐淑清,等.耳穴贴压结合同视机治疗儿童屈光不正性弱视[J].中国针灸,2008,(04):270-272.
- [26]金龙涛,李春雨,王静,等.耳穴贴敷辅治儿童弱视临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(11):1473-1474.
- [27]吴道雷,陈尚懿,李丽,等.穴位针刺联合中药离子导入治疗儿童弱视 64 例[J]. 中国中医药科技, 2015(04 vo 22): 454-455.
- [28]周筱荣,张丽丽,夏晶晶.中药离子导入联合常规疗法治疗儿童弱视的临床效果观察[J].中医临床研究,2019,11(04):102-104.
- [29]黄梦.“四明穴”弱视推拿技术治疗儿童屈光不正性弱视的临床研究[D].山东中医药大学,2023
- [30]张梦森.“四明穴”弱视推拿技术治疗儿童屈光参差性弱视的临床研究[D].山东中医药大学,2022.
- [31]Lingham G, McGuinness MB, Safi S, et al. Clinical Practice Guidelines for the Detection and Treatment of Amblyopia: A Systematic Literature Review[J]. J Binocul Vis Ocul Motil, 2022,72(2):77-85.
- [32]Schmucker C, Grosselfinger R, Riemsma R, et al. Effectiveness of screening preschool children for amblyopia: a systematic review[J]. BMC Ophthalmol, 2009,9:3.
- [33]国家卫生健康委办公厅关于印发0~6岁儿童眼保健及视力检查服务规范(试行)的通知[J].中华人民共和国国家卫生健康委员会公报,2021,(06):8-37.
- [34]Dean SE, Povey RC, Reeves J. Assessing interventions to increase compliance to patching treatment in children with amblyopia: a systematic review and meta-analysis[J]. Br J Ophthalmol, 2016,100(2):159-165.
- [35]陈美荣,王高峰,王静波.王静波治疗弱视的经验[J].中国中医眼科杂志,2018,28(01):50-52.