

近视防治指南

（2026 年版）

近年来，我国近视患病率居高不下，已成为影响我国国民，尤其是儿童青少年眼健康的重大公共卫生问题。流行病学调查发现，病理性近视相关眼底病变已成为我国不可逆性致盲眼病的主要原因之一。为做好儿童青少年近视的防治工作，制定本指南。

一、近视的定义、分类与分期、临床表现与诊断要点

（一）定义

人眼在调节放松状态下，平行光线经眼球屈光系统后聚焦在视网膜之前，称为近视，是屈光不正的一种类型。

（二）分类与分期

1.根据屈光成分分类：

（1）屈光性近视：主要由于角膜或晶状体屈光力过大，或各屈光成分的屈光指数异常，导致眼球总屈光力超出正常范围，而眼轴长度基本在正常范围。屈光性近视可分为曲率性近视、屈光指数性近视和调节性近视三种。

（2）轴性近视：由于眼轴延长，长度超出正常范围，角膜和晶状体等其他眼屈光成分的屈光力基本在正常范围。此型为临床最常见的近视类型。

2.根据病程进展和病理变化分类：

(1) 单纯性近视：多发生于生长发育期，近视度数一般在 600 度 (-6.00 D) 之内，大部分患者的眼底无病理变化，配戴适当的镜片即可将视力矫正至正常，其他视功能指标多正常。

(2) 病理性近视：表现为近视持续进展，眼轴持续延长，常伴发眼底退行性病变，导致视功能明显受损，远矫正视力多不理想，近视力亦可异常，且发生致盲性并发症的风险显著增高。眼部表现为眼球前后径变长、突出，后极部扩张，巩膜局部膨隆形成后巩膜葡萄肿；眼底可见不同程度病变，如视盘旁萎缩弧、豹纹状眼底、Fuchs 斑、脉络膜萎缩灶、视网膜周边部格子样或囊样变性等。病理性近视者较正常人更易发生视网膜裂孔与脱离、黄斑区脉络膜新生血管、黄斑出血、早发性白内障、玻璃体混浊及后脱离、开角型青光眼等并发症。

3.根据近视度数分类：按照睫状肌麻痹后测定的等效球镜 (SE) 度数将近视分为低度近视、中度近视和高度近视三类 (等效球镜度数=球镜度数+ $1/2 \times$ 柱镜度数)：

低度近视：近视度数在 50 度至 300 度之间 ($-3.00\text{ D} < \text{SE} \leq -0.50\text{ D}$)；

中度近视：近视度数在 300 度至 600 度之间 ($-6.00\text{ D} < \text{SE} \leq -3.00\text{ D}$)；

高度近视：近视度数超过 600 度 ($\text{SE} \leq -6.00\text{ D}$)。

4.根据公共卫生层面防控策略分期：

(1) 近视前驱期 (近视前驱状态): 指儿童经过睫状肌麻痹验光检查后, 虽然尚未发生近视, 但远视储备已低于对应年龄正常范围的下限, 即远视储备不足的状态。远视储备参考标准: 6 岁儿童约 150 度 (+1.50 D), 此后每增长 1 岁约消耗 25 度 (+0.25 D)。此期为近视发生的高危窗口期。通过增加户外活动时间、减少近距离用眼负荷等综合干预, 可有效延缓或避免近视发生。

(2) 近视发展期: 指已经发生近视的儿童, 且每年近视进展速度超过 50 度, 或者眼轴每年增长超过 0.20 mm, 但还未发展至高度近视的阶段。此期是防控高度近视的关键干预期, 应在用眼行为干预的基础上, 在医生指导下采取有效的矫正和控制措施, 避免发展为高度近视。

(3) 高度近视期: 指近视度数超过 600 度或眼轴长度大于 26.00 mm 的阶段。此期发生病理性近视并发症, 如周边视网膜变性、近视性黄斑病变等的风险明显增高。此期应定期监测最佳矫正视力、眼轴长度和眼底结构等, 警惕向病理性近视进展。

(4) 病理性近视期: 随着眼轴过度增长, 眼底出现后巩膜葡萄肿、脉络膜视网膜萎缩、视网膜劈裂、黄斑裂孔、漆裂纹、黄斑出血、脉络膜新生血管等特征性近视眼底病变时, 即为病理性近视阶段。此期如视力稳定可定期随访监测屈光度数、眼轴长度和眼底结构等的变化; 如突发视力下降、视物变形、眼前黑影突然增多或出现固定暗影、持续闪光感

等，应立即就医。

（三）临床表现与诊断要点

近视的诊断应基于病史采集、屈光检查和眼部评估进行综合判断，重点关注视觉症状、屈光度数和眼球生物参数（如眼轴长度、角膜曲率、晶状体厚度）等，同时评估双眼视功能、近视性质、进展速度以及相关并发症等，具体要点如下：

1.远距离视物模糊，近距离视力一般不受影响，初期常出现远距离视力波动，注视远处目标时有眯眼的行为。

2.通过客观验光和主观验光综合判定，必要时行睫状肌麻痹验光获得真实屈光状态。

3.近视度数较高者，除远视力差外，常伴有飞蚊症、漂浮物感、闪光感等症状，并可发生程度不等的眼底改变。

二、近视的影响因素及预防

（一）环境与行为因素

1.近距离用眼：近距离用眼被公认为是影响近视发生发展的重要危险因素，其与近视的发生发展呈正相关。除了近距离用眼的总时长外，单次持续用眼时间过长（ $>30\sim40$ 分钟）和阅读距离过近（ <33 厘米）等行为会增加近视发生发展的风险。家长应引导并督促儿童青少年严格控制近距离用眼时长和距离，养成科学用眼习惯。建议持续近距离用眼 $30\sim40$ 分钟后，应休息 $10\sim20$ 分钟，休息期间提倡远眺或做户外活动；使用电子产品时，应保持足够的观看距离：电视不小于屏幕对角线距离的4倍，电脑不小于50厘米，手

机不小于 40 厘米。

2.户外活动：户外活动是近视的重要保护因素，其时长与近视的发病率及进展速度呈负相关。因此，鼓励儿童从学龄前开始增加日间户外活动时间，建议学龄前儿童每日白天户外活动累计时长达到 3 小时，中小學生达到 2 小时（或每周累计不少于 14 小时）。学校应保障学生课间及校内户外活动时间；家庭应在放学后及周末，由家长或监护人陪同，增加日间户外活动，学校和家庭共同确保达到推荐时长。充足的户外活动不仅可预防近视发生，对已近视儿童亦具有一定延缓进展的作用。

3.读写习惯：不良读写习惯是近视的危险因素。写字时歪头、握笔时指尖距笔尖近（<2 厘米）的儿童青少年近视患病率较高。应培养良好的读写习惯，握笔的指尖离笔尖一寸（3.3 厘米），胸部离桌缘一拳（6~7 厘米），书本离眼一尺（33 厘米），保持读写坐姿端正，不在行走、坐车或躺卧时阅读。

4.采光照明：读写应在采光良好、照明充足的环境中进行，桌面的平均照度值不应低于 300 勒克斯（lux），并结合近距离工作类别和阅读字体大小进行调整，避免在光线过暗或过强的环境下看书写字，防止眩光和视疲劳等。夜间入睡后，卧室光照尽量控制在 10 lux 以下，理想状态为全暗环境，建议睡眠时关闭所有照明设备。

5.其他环境因素：除上述因素外，以下环境与行为因素

亦与近视发生发展相关，需在综合防控中予以关注：过多和不科学使用电子产品、夜间光暴露（入睡或觉醒期间暴露于人工光线下）增加、睡眠不足、生物节律紊乱、过量摄入高糖食物、营养不均衡等。

（二）遗传因素

单纯的低中度近视的发生发展受环境与遗传共同影响。基于家系、双生子及群体遗传学研究的多项证据显示：父母屈光状态与子代近视发生风险显著相关，且风险随父母近视度数的增加而升高。对于高度近视，尤其是早发性高度近视及病理性近视人群中，遗传因素的作用更为显著。

（三）基因-环境交互作用

现有证据表明，近视相关的多个基因位点（如 GJD2、ZMAT4、RBFOX1、VIPR2）与环境因素（如教育水平、近距离工作、户外活动时长）存在交互效应。携带特定风险基因型的个体，若长期处于近距离用眼负荷过重或户外活动时长不足的环境中，其近视易感性显著增高。因此，对于父母患高度近视或携带高度近视致病基因的儿童，应列为近视防控的重点人群，严格控制近距离用眼时长、保证每日充足户外活动，最大限度减少危险因素的暴露。

三、近视的相关检查

自新生儿期起，应按照规定频次接受儿童眼保健服务，依据年龄采用适宜的视力评估方法。24 月龄起进行屈光筛查，以早期发现儿童常见眼病、视力不良及远视储备不足。

自幼儿园阶段起，应定期检查视力、屈光度数、眼轴长度和角膜曲率等，并监测眼底结构，结合年龄评估远视储备情况。建立儿童视力和眼屈光发育档案，有助于早期识别视力不良、近视高危倾向和已近视儿童，进而实施分档管理，制定个性化干预方案。对于有高度近视家族史的儿童，应加强定期随访，进行重点防控。

（一）一般检查

1. 视力检查：视力检查是早期发现近视的首选方法，可快速筛查出可疑近视的儿童。常规视力检查应在中等光亮度环境下进行，检查距离为 5 米。视力表采用后照法（灯箱、投影或视频视力表）时，建议视力表亮度为 80 ~ 320 坎德拉每平方米（ cd/m^2 ），其中 160 cd/m^2 为广泛使用的标准亮度；采用直接照明法（印刷视力表）时，建议照度为 200 ~ 700 lux。测量时遮盖非检眼，避免眯眼或压迫被遮盖眼。通常先查右眼，后查左眼。检查时，嘱被检查者辨认最大视标后，由大至小，逐级下查，直至确认能清楚辨认的最小一行视标，每个视标辨认时间不宜超过 5 秒。对于预估视力较好的受检者，可酌情跳过较大视标，由较小字行开始检查。记录视力结果时，需标注所采用的视力表类型。

学龄前儿童视力评估需考虑年龄因素，参照中华医学会眼科学分会斜视弱视学组建议，视力正常参考值下限为：3 岁为 0.5；4 ~ 5 岁为 0.6；6 岁及以上为 0.7。裸眼视力低于同龄儿童正常参考值下限，应怀疑屈光不正（近视、远视或

散光)；矫正视力低于同龄儿童正常参考值下限者，需警惕弱视。此外，筛查中需重点关注双眼视力不对称的情况。

2.裂隙灯检查：了解眼睑、结膜、角膜、虹膜、前房、瞳孔和晶状体等情况。

3.眼位检查：是否伴有斜视，斜视度等。

4.眼轴长度检查：眼轴长度在出生时约为 16 mm，6 岁时平均约为 22.5 mm，此后以每年约 0.1 ~ 0.2 mm 的速度增长，15 岁可达到 23.4 mm，接近成人水平。发育期儿童的眼轴长度增长过快是近视发生发展的危险因素，但需鉴别生理性增长与病理性增长。生理性眼轴增长参考标准：6 ~ 10 岁儿童平均每年不超过 0.2 mm（或半年不超过 0.1mm）；6 岁以下儿童可略高于此值；10 岁以上儿童应低于此值；12 岁以上青少年每年不超过 0.1 mm。临床评估时应结合受检者年龄及屈光状态综合判断，若眼轴增长速度超出上述年龄对应界值，提示近视进展风险较高，需予以重点监测与干预。

5.眼底检查：眼底检查包括彩色眼底照相、直接检眼镜检查、间接检眼镜或前置镜检查等。彩色眼底照相拍摄标准：应当以视盘与黄斑中心的连线中点为拍摄中心，确保曝光适中、对焦清晰。对于近视度数大于 300 度者或近视性眼底病变（如视盘旁萎缩弧、豹纹状眼底、Fuchs 斑、后巩膜葡萄肿、视网膜周边部眼底病变）者应进行定期监测眼底变化，警惕病理性近视相关并发症发生。

对于主诉有漂浮物感或闪光感的近视患者，应行散瞳后

眼底检查（包括直接、间接检眼镜或前置镜检查）。必要时联合巩膜压迫法来检查视网膜周边部是否有变性、裂孔等。

以下是重点检查指征：

（1）视力低下及视力矫正不能达到同龄正常参考值下限者；

（2）高度近视者；

（3）突发性的有漂浮物感或闪光感者；

（4）屈光介质混浊，或玻璃体内见色素颗粒或玻璃体混浊者、高度近视合并视网膜脱离者。

若单侧眼确诊视网膜变性、裂孔或脱离，必须详细检查对侧眼眼底。及时发现并处理对侧眼的早期病变，对预防和治疗双眼眼底病变至关重要。

6.睫状肌麻痹验光检查：睫状肌麻痹验光即通常所说的散瞳验光，是诊断近视的金标准。12岁以下儿童，尤其是初次验光，或伴有远视、斜视、弱视和较大散光者，以及验光过程中发现调节不稳定、矫正视力不正常且无法用其他眼病解释者，应进行睫状肌麻痹验光。确诊近视需配镜的儿童，应定期复查验光，建议复查间隔不超过6个月。

临床上常用的睫状肌麻痹药物有1%阿托品眼膏或凝胶、1%盐酸环喷托酯滴眼液和复方托吡卡胺滴眼液。1%阿托品眼膏或凝胶的睫状肌麻痹效果最强，持续时间久，但瞳孔恢复时间较长。适用于6岁以下的近视患儿，尤其是远视、斜视、弱视的患儿优先选用。1%盐酸环喷托酯滴眼液的睫状

肌麻痹效果仅次于 1%阿托品眼膏或凝胶，且作用时间较短。可作为不能耐受阿托品眼膏或凝胶时的替代选择，或用于 7~12 岁近视患儿的散瞳验光。复方托吡卡胺滴眼液持续时间短，睫状肌麻痹效果最弱，适用于 12~40 岁人群，也可用于 7~12 岁近视患儿的散瞳验光。

需要注意的是，睫状肌麻痹后的验光结果反映了调节放松下的屈光状态，是制定矫正方案的重要依据，但并非最终处方。最终的矫正处方需权衡双眼的屈光情况、睫状肌麻痹前后的验光情况、双眼平衡、眼位及患者的具体视觉要求后确定。同时，用药前须排除禁忌证，并充分告知患儿及其家属可能出现的不适症状（畏光、视物模糊等）、持续时间及注意事项。用药后需密切观察，避免强光照射，并指导安全用眼。

（二）特殊检查

1.远视储备检查：新生儿眼球呈生理性远视状态，屈光度数约为远视 250~300 度（+2.50~+3.00 D），此即远视储备。随年龄增长，远视储备逐渐消耗，至 12~15 岁趋于正视（近视 50 度~远视 50 度之间，即-0.50~+0.50 D），该过程称为正视化。若因过早、过多近距离用眼、户外活动时间不足等因素，可导致远视储备消耗过快。研究表明，远视储备是近视发生的最佳预测指标。若 6 岁前远视储备耗尽，小学阶段极易发展为近视。准确评估远视储备须以充分麻痹睫状肌后的验光结果为依据。6 岁学龄儿童平均远视储备约为

138 度 (+1.38 D)，此后每年递减平均约 12 度 (+0.12 D)。其中，8~9 岁为消耗高峰，年均降幅可达 37 度 (+0.37 D)。至 15 岁时，平均远视储备约为 31 度 (+0.31 D)。

临床评估时需注意：不必盲目追求高远视储备，防控近视关键在于减缓远视储备的消耗速度。保护远视储备需要增加户外活动、保证课间休息、养成良好用眼习惯等。若远视储备超过相应年龄的正常参考值上限，应警惕远视眼；若远视眼矫正后视力低于同龄儿童视力正常参考值下限，需排查弱视。即便远视储备处于同龄正常范围内，仍需核实视力是否在正常范围内（视力判定标准参见“视力检查”部分）。

2. 视功能检查：调节幅度、调节灵活度等。

四、近视的矫正和控制

（一）框架眼镜

框架眼镜是最简单、安全的矫正器具，对于近视患儿，应至少每半年进行一次复查。

1. 单焦框架眼镜。单焦镜为临床常见框架眼镜的类型，目前循证医学证据表明，验配度数过矫可诱发调节过度，加速近视发展，应当避免。

2. 特殊光学设计框架眼镜。近年来，采用特殊光学设计的框架眼镜（如周边离焦眼镜）已成为临床重要的近视防控干预措施。其适用人群主要为：进展性近视的儿童青少年、有强烈近视防控需求的屈光不正者。目前尚无绝对年龄限制。主要禁忌证包括：显性斜视或间歇性外斜视、双眼视功

能异常、无法耐受屈光参差的框架眼镜配戴者、弱视、矫正视力不佳等影响视觉健康的情况。

（二）角膜接触镜

1.软性接触镜：可用于近视的矫正，部分患者可通过配戴恢复双眼视功能和促进视觉发育。多焦软性接触镜可在一定程度上延缓儿童近视进展。以控制近视为目的配戴者，除屈光不正外，应排除其他影响软镜配戴的眼部和全身疾病。对于自理能力欠佳者，须在医师指导下由家长协助护理使用，并定期复查。

2.硬性透气性接触镜（Rigid Gas Permeable, RGP）：RGP镜适用于有配戴需求且无禁忌证的患者，包括近视、远视、散光及屈光参差者；特别推荐用于圆锥角膜、角膜瘢痕等所致的不规则散光者。临床上应综合考量患者年龄、适应证、依从性及镜片护理能力等因素，审慎评估后决定是否验配。

3.角膜塑形镜（Orthokeratology, OK 镜）：角膜塑形镜是一种逆几何设计的硬性透气性接触镜，通过配戴使角膜中央区域的弧度变平，从而暂时性降低近视度数，属于非手术的物理矫正，可有效延缓青少年眼轴增长。适用于8岁及以上儿童青少年。须建立严格的随访监控机制，强调未成年患者在监护人配合下规律随诊，强化护理规范，预防感染及其他并发症，如有不适应立即就诊。

（三）药物

目前，低浓度阿托品滴眼液是经过循证医学验证可有效

延缓近视进展的处方药物。其适用人群主要为 6~12 岁、100~400 度近视 ($-4.00 \sim -1.00 \text{ D}$)、散光 ≤ 150 度 (1.50 D)、屈光参差 ≤ 150 度 (1.50 D) 的患儿。临床应用须在眼科医师指导下进行,结合年龄、近视程度、眼轴长度、调节功能、瞳孔、眼压、眼表健康状况及家族史等因素制定个体化方案。用药期间建议每 3~6 个月复查屈光度数、眼轴长度、瞳孔、调节功能及不良反应;停药或减量时需警惕停药反弹现象,若近视年进展 ≥ 50 度 (0.50 D),可考虑重启治疗或联合干预。

对于近视进展迅速 (≥ 75 度/年或眼轴增长 $\geq 0.40 \text{ mm/年}$)者,低浓度阿托品亦可与光学矫正手段联合使用以增强疗效。联合治疗期间建议每 3~6 个月复查眼轴长度与屈光度数,评估协同效果,监测不良反应叠加风险,定期评估角膜健康和眼底健康状况。

(四) 中医防控

眼保健操可明显改善儿童青少年的调节功能,缓解主观视疲劳症状,有助于延缓近视的发生发展。建议在专业人员指导下,确保按压穴位准确、手法得当、力度适中并长期坚持。此外,亦可采用中医穴位电刺激等中医外治法改善调节功能异常。

(五) 随访管理

建议每半年随访一次,进行近视控制效果评估。判定控制效果良好的标准为:儿童青少年进行近视控制后眼轴增长

量 ≤ 0.20 mm/年或屈光度年进展量 ≤ 50 度/年。对于判定为近视控制效果欠佳者，需识别效果欠佳的原因，并有针对性地调整防控方案。

五、病理性近视及相关并发症的治疗措施

病理性近视相关眼底病变已成为我国不可逆性致盲眼病的主要原因之一。病理性近视患者眼轴不断增长、后巩膜葡萄肿不断进展，常继发一系列眼底病变。随着视网膜和脉络膜变薄，可出现漆裂纹、脉络膜新生血管、黄斑萎缩、黄斑劈裂、黄斑裂孔、视网膜下出血、视网膜变性和孔源性视网膜脱离等视网膜疾病，导致严重的、不可逆性视力损害。此外，病理性近视发生青光眼、白内障和斜视等眼病的风险亦会增加。

针对需治疗的眼底病变及并发症，可行以下治疗：

（一）激光光凝治疗

近视伴周边视网膜裂孔、变性和（或）玻璃体牵引，可行预防性视网膜激光治疗，以降低视网膜脱离的发生风险。

（二）抗血管内皮生长因子治疗（Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF）

目前临床证据表明，对于病理性近视继发的黄斑下脉络膜新生血管，玻璃体腔内注射抗 VEGF 药物是有效的治疗手段。

（三）手术治疗

1.后巩膜加固术（Posterior Scleral Reinforcement, PSR）:

该手术适应证包括：青少年发展迅速的进行性近视，近视度数超过 600 度，每年进展超过 100 度，伴有眼球前后扩张，后巩膜葡萄肿形成，伴有或不伴有视力下降；年龄 20 岁以上者，近视度数超过 1000 度，视力进行性下降，后巩膜出现明显的葡萄肿；年龄大于 55~60 岁者，尽管屈光度数不增加，但合并有明显的视网膜、脉络膜病理性改变。高度近视合并视网膜脱离者，在视网膜复位手术的同时可联合行后巩膜加固术。需指出，目前 PSR 的循证医学证据等级有限，尚缺乏大规模、长期随访的高质量随机对照试验支持，国际近视防控指南尚未将其列为常规推荐治疗方案。临床应用时应严格掌握适应证，术前充分告知患者及家属手术效果的不确定性及其潜在并发症（出血、感染、植入物排斥、眼外肌损伤等），术后需规范随访（包括眼轴长度、屈光度数、眼底结构等），不应将 PSR 作为常规近视控制手段。

2.巩膜扣带术：适用于不合并严重增生性玻璃体视网膜病变、不合并后极部视网膜裂孔、不合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离者。

3.玻璃体手术：对于复杂性视网膜脱离，如高度近视黄斑裂孔性视网膜脱离、伴有明显增生性玻璃体视网膜病变的视网膜脱离等，可行玻璃体手术（联合黄斑前膜或内界膜剥除），可获得较高的视网膜复位率。

六、成人近视手术矫正

近视的手术矫正是通过手术方式改变眼的屈光度数。该

类手术须严格遵循各类手术的禁忌证和适应证，主要适用于 18 岁以上、屈光度数稳定的近视人群。值得注意的是，手术仅矫正了屈光度数，并未从根本上治愈近视，术后仍然需要定期监测眼底结构等的变化。此外，部分术后患者存在屈光度数进展可能，因此术后仍须重视用眼卫生，避免过度用眼。目前在临床上主要分为以下两类手术：

1.激光角膜屈光手术：适合于年龄在 18 岁以上、屈光度数稳定至少 2 年（每年变化不超过 50 度），且符合角膜厚度形态、屈光度数及预设切削深度等相关标准者。激光角膜屈光手术主要分为两类：激光板层角膜屈光手术和激光表层角膜屈光手术。激光板层角膜屈光手术通常指以飞秒激光或机械刀辅助制作角膜瓣的准分子激光原位磨镶术（Laser in Situ Keratomileusis, LASIK；Femtosecond Laser-assisted LASIK, FS-LASIK），以及仅以飞秒激光完成微小切口角膜基质透镜取出的术式（Small Incision Lenticule Extraction, SMILE）。激光表层角膜屈光手术代表术式为准分子激光屈光性角膜切削术（Photo Refractive Keratectomy, PRK）。

2.有晶状体眼人工晶状体植入术：适用于近视度数较高、不愿配戴框架眼镜但角膜条件不适合行激光角膜屈光手术，且符合相应手术适应证者。该术式在保留自然晶状体的前提下，于后房植入负度数人工晶状体以矫正近视。

《近视防治指南（2026 年版）》 编写专家委员会

牵头专家及单位：

王宁利 首都医科大学附属北京同仁医院

袁 进 首都医科大学附属北京同仁医院

达成共识专家（按首字母拼音顺序排序）：

柏 凌 西安交通大学第二附属医院

毕宏生 山东中医药大学附属眼科医院

次仁琼达 西藏自治区人民医院

丁 琳 新疆维吾尔自治区人民医院

冯 云 北京大学第一医院

古学军 南昌大学附属眼科医院

谷 浩 贵州医科大学附属医院

郭 健 福建医科大学附属第一医院

何 宏 中山大学中山眼科中心海南眼科医院

洪朝阳 浙江省人民医院

胡竹林 云南大学附属医院

黄敏丽 广西医科大学第一附属医院

李俊红 山西省眼科医院

梁凌毅 中山大学中山眼科中心

林浩添 中山大学中山眼科中心

刘 虎	江苏省人民医院
石 磊	安徽省第二人民医院
宋宗明	河南省人民医院
王 华	湖南省人民医院
王宁利	首都医科大学附属北京同仁医院
吴 宏	吉林大学第二医院
吴 娟	西宁市第一人民医院
吴鹏程	兰州大学第二医院
吴峥峥	四川省人民医院
肖 璇	武汉大学人民医院
杨 波	新疆生产建设兵团医院
杨大勇	内蒙古医科大学附属医院
杨晓慧	首都医科大学附属北京同仁医院
于伟泓	中国医学科学院北京协和医院
袁 进	首都医科大学附属北京同仁医院
张 弘	哈尔滨医科大学附属第一医院
张 黎	重庆医科大学附属第二医院
张 伟	天津市眼科医院
张铭连	河北省眼科医院
赵江月	中国医科大学附属第四医院
周行涛	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院
庄文娟	宁夏回族自治区人民医院
邹海东	上海市眼病防治中心 / 上海市眼科医院

执笔组：

李仕明	首都医科大学附属北京同仁医院
杨晓慧	首都医科大学附属北京同仁医院
魏士飞	首都医科大学附属北京同仁医院
彭天丽	首都医科大学附属北京同仁医院
俞筱玢	首都医科大学附属北京同仁医院