

弱视诊疗指南 (2026 年版)

弱视是视觉发育相关疾病，可导致单眼或双眼最佳矫正视力低下，并影响双眼视觉功能的建立和发育。早期发现、规范诊断和及时治疗有助于改善视力预后和视觉功能。为进一步规范弱视的诊断、治疗、筛查和随访工作，制定本指南。

一、弱视的定义

视觉发育期内，由于单眼斜视、未矫正的屈光参差、未矫正的高度屈光不正以及形觉剥夺等因素，导致单眼或双眼最佳矫正视力低于相应年龄儿童视力正常参考值下限者，称为弱视。双眼最佳矫正视力相差 2 行及以上（标准对数视力表）时，视力较低眼可诊断为弱视。

诊断弱视时，应首先进行系统的眼科检查，排除眼部器质性病变所导致的视力低下，同时明确导致弱视的相关危险因素。弱视不能仅凭单一视力指标诊断，应结合年龄、视力检查可靠性、屈光状态、眼位、注视性质、眼部结构及相关病史综合判断。

弱视诊断需注意年龄因素。不同年龄儿童最佳矫正视力正常参考值下限为：3~5 岁儿童为 0.5，6 岁及以上儿童为 0.7。对于 3 岁以下幼儿，判断是否存在单眼视力低下或双眼视力差距大通常比定量视力检查更重要。

弱视程度诊断标准（国际标准视力表）：①轻中度弱视：最佳矫正视力低于相应年龄视力正常参考值下限，且 ≥ 0.2 。②重度弱视：最佳矫正视力 < 0.2 。

二、弱视的分类

（一）斜视性弱视

斜视性弱视通常与双眼视网膜非对应点输入之间的竞争性或抑制性相互作用有关，注视眼的皮层视觉中枢占优势，斜视眼受到抑制而形成弱视。恒定性、非交替性斜视最容易引起弱视。交替性斜视由于双眼获得视觉刺激的机会相对均等，一般不易形成弱视。

（二）屈光参差性弱视

双眼屈光度数不等时，屈光度数较高眼的视网膜成像长期处于离焦状态，可导致屈光参差性弱视。弱视发生风险和严重程度与屈光参差程度呈正相关。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时，屈光度数较高眼的弱视发生风险增加。

（三）屈光不正性弱视

双眼屈光不正性弱视表现为双眼最佳矫正视力低下，主要由长期模糊的视网膜成像导致，多见于未矫正的双眼中高度远视或散光，且双眼屈光不正程度相等或相近者。

双眼远视性球镜屈光度数 $\geq +5.00$ DS，或柱镜屈光度数 ≥ 2.00 DC时，弱视发生风险增加。近视性屈光不正患儿由于近距离视物时可获得相对清晰的视网膜成像，故较少发生

弱视；一般认为近视等效球镜度数 ≤ -8.00 DS 时方有可能导致弱视。诊断近视性弱视应谨慎，应结合受检者年龄、眼轴长度、眼底表现和矫正视力变化情况综合判断，避免误诊。通常在规范配戴屈光矫正眼镜 3~6 个月后，最佳矫正视力仍不能达到相应年龄正常参考值下限时，方可确诊。

（四）形觉剥夺性弱视

形觉剥夺性弱视是由于屈光间质混浊，或视轴被遮挡，导致视网膜成像模糊而引起。常见原因包括先天性或出生后早期获得性白内障、角膜混浊、感染性或非感染性眼内炎、玻璃体积血以及上睑下垂等。形觉剥夺性弱视虽相对少见，但通常程度较重且治疗困难。

单眼瞳孔区遮挡所导致的弱视，其视力损害程度通常重于同等程度的双眼形觉剥夺。对于影响视力的单眼先天性白内障患儿，若能在出生后早期接受手术治疗，并于术后及时进行光学矫正和弱视治疗，可改善预后。

医源性遮盖性弱视是形觉剥夺性弱视的一种特殊类型，可发生于长期遮盖治疗或使用睫状肌麻痹剂造成离焦后。去除遮盖或停用睫状肌麻痹剂后，视力通常在 2~6 周内开始恢复，多数患儿可在 3 个月内达到最佳矫正水平，因此也称为可逆性弱视。

三、弱视的危险因素

弱视的主要危险因素包括单眼斜视、未矫正的屈光参差（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)、未矫正的高度屈光不正(远视度数 $\geq +5.00$ DS、散光度数 ≥ 2.00 DC、近视度数 ≤ -8.00 DS)和形觉剥夺。形觉剥夺因素包括先天性白内障、角膜混浊和完全性上睑下垂等。

其他危险因素包括早产、小于胎龄儿、发育迟缓、一级亲属有弱视史,以及孕期吸烟、饮酒等环境因素。

四、弱视的诊断

(一) 相关检查

弱视的相关检查,除了常规的视力、外眼、眼前节与眼底检查,还包括双眼红光反射(Bruckner)试验、注视类型、双眼单视及立体视检查、双眼眼位和眼球运动检测、睫状肌麻痹下视网膜检影验光等。

(二) 视力检查

儿童视力检查方法应根据年龄、认知能力和配合程度选择。检查过程应尽可能标准化,以实现随访结果的可比性。

1. 儿童视力定性检查

1岁以下婴儿可通过观察注视行为,采用注视和追随试验、遮盖厌恶试验、视动性眼球震颤(Optokinetic Nystagmus, OKN)、选择性观看(Preferential Looking, PL)和图形视觉诱发电位(Pattern Visual Evoked Potentials, PVEP)等方法评估视功能。1~2岁儿童可采用垂直三棱镜试验、选择性观看等方法;2~3岁儿童可采用认图和图形配对等方法;3岁以上儿童可采用图形视力表或E字视力表检查。

3 岁以下儿童的视力评估重点包括：①注视和追随试验，用于评估单眼注视质量、注视持续时间及注视位置；②遮盖厌恶试验，通过交替遮盖双眼观察反应差异，判断双眼视力是否不对称；③垂直三棱镜试验，可用于正位眼或小度数斜视儿童的注视偏好判断；④双眼注视偏好试验，常用于大角度斜视且不能配合视力检查儿童的双眼视力比较。

2. 儿童视力主观定量检查

儿童视力主观定量检查基于视标辨认，是评估视力和确定弱视最常用的方法。视标可置于墙面、显示屏或手持卡片上，在远距离（3～6 m）和近距离（35～40 cm）进行检查。标准视力检查宜采用白色背景、黑色视标的高对比度视力表。

儿童配合程度受视力表选择、检查者技术、检查环境及儿童认知水平影响。检查环境应保持安静，年幼儿童可先在近距离熟悉视标。对年幼、害羞或存在认知缺陷的儿童，可通过手持卡片与视力表视标配对的方式提高检查成功率。

视力检查应分别检查左右眼，并备有屈光矫正设备。非检查眼宜用不透光的粘贴眼罩或胶带遮盖，避免窥视；无法配合单眼遮盖者可记录双眼视力。隐性眼球震颤患者进行单眼视力检查时，对侧眼可采用高度正球镜进行雾视，或使用半透明遮挡板遮盖，并应同时记录双眼及单眼视力。

视力检查结果受视标设计和排列方式的显著影响。所用视标应当清晰、标准、具有相似的特征。目前国内临床推荐

使用标准对数视力表。视力表中，每行视标数以 5 个为宜，各行视标数目应保持一致，视标间距应均等，以减少排列因素对视力检查的干扰。儿童受检者须能够准确辨认该行全部视标，方可判定通过该行视力检查。弱视患者存在拥挤现象，其辨认成行视标难度高于单个视标。若采用单个视标检查，易导致视力高估。因此，弱视患者的视力检查应以成行的视标为准，以获得更为准确的单眼视力结果。检查者指示视标时，应避免遮挡邻近视标，以维持必要的拥挤效应，确保检查结果反映真实的视力。针对于仅能识别单个视标的儿童，应在单个视标四周（上、下、左、右）配置棒状图案以模拟拥挤现象，避免视力高估。该特殊检查方式须在病历中注明。随访期间应全程使用同一种视力表，并规范记录视力表类型以及视标呈现形式（单个/成行视标）。

（三）屈光检查

弱视的诊断和治疗必须以精确的屈光检查为前提。患儿应完善主觉验光和睫状肌麻痹下视网膜检影验光。对于高度远视或疑有调节异常的患儿，建议在睫状肌麻痹前先行动态视网膜检影以快速评估调节功能。

鉴于儿童屈光系统调节力强，儿童初次验光原则上应在睫状肌麻痹下进行。内斜视患儿和 6 岁以下儿童，建议使用 1.0%阿托品眼膏或眼用凝胶，每日 2~3 次，连续 3~5 天。6 岁以上且不伴内斜视的儿童，初次验光可使用 1.0%环喷托酯滴眼液。可先使用表面麻醉剂点眼 1 次，2~3 分钟后使用

1.0%环喷托酯滴眼液，每 5 分钟 1 次，至少 3 次；必要时可联合使用 0.5%复方托吡卡胺滴眼液 1 或 2 次；末次点用环喷托酯后至少 30 分钟进行验光。

对使用 1.0%环喷托酯滴眼液验光后发现远视屈光度数不稳定、仍有残余调节，或短期内视力下降需排除调节痉挛者，应使用 1.0%阿托品眼膏或眼用凝胶充分睫状肌麻痹后行验光。屈光性调节性内斜视患儿配戴远视足矫眼镜后眼位仍控制不稳定时，可多次采用 1.0%阿托品眼膏或眼用凝胶进行睫状肌麻痹验光。

12 岁以上近视患儿验光可使用 0.5%复方托吡卡胺滴眼液进行睫状肌麻痹，每 5 分钟 1 次，共 3 次，最后 1 次点眼后 20～40 分钟内行验光。先天性或外伤性白内障术后（已行晶状体摘除或联合人工晶状体植入术）患儿，可使用 1%去氧肾上腺素滴眼液或 0.5%复方托吡卡胺滴眼液散大瞳孔，以便进行检影验光。先天性无虹膜患儿的验光仍需在睫状肌麻痹下进行。

五、弱视的治疗原则

弱视治疗成功率通常随年龄增加而下降。然而，无论患儿年龄大小，均应在综合评估基础上给予积极治疗。治疗目标在于改善弱视眼视力、促进双眼视觉功能发育，并最大限度减少复发和治疗相关不良反应。

弱视治疗包括两方面：一是消除或控制导致弱视的危险因素，如矫正屈光不正、治疗斜视、解除形觉剥夺因素等；

二是通过遮盖或压抑优势眼，促进弱视眼使用。治疗方案的制定应综合考量患儿年龄、弱视类型和程度、视力水平、既往治疗情况、治疗依从性，以及家庭支持度、心理状态及社会环境等因素。

弱视的预后与病因、基线视力严重程度、病程持续时间、初诊治疗年龄、既往治疗史、治疗依从性及是否合并并发症等因素有关。

（一）光学矫正

屈光参差性弱视、屈光不正性弱视及合并屈光不正的其他类型弱视，应依据睫状肌麻痹验光结果进行规范的光学矫正。正确的光学矫正可显著提高弱视眼的视力，部分患儿仅通过光学矫正即可获得显著的视力改善。

儿童眼镜的处方和配戴需兼顾准确与舒适，以提高患儿的接受度和治疗依从性。婴幼儿宜选用柔韧、抗冲击的一体式镜架，可配合固定带使用，防止滑落并减少镜架压迫。镜片应优先选用抗冲击性强、安全性高的光学材料，以降低运动中的眼外伤风险。

（二）遮盖

遮盖疗法可提高单眼弱视患儿弱视眼视力，也可改善双眼弱视患儿中视力较差眼的视力，并有助于部分斜视患儿的眼位控制。遮盖治疗宜使用不透光眼贴直接粘贴于优势眼周皮肤，随后配戴处方眼镜。需特别注意，勿将眼罩装于镜框上，该方式易产生缝隙导致患儿窥视，如需使用需辅以严密

监督。

遮盖强度应根据弱视类型、严重程度、患儿年龄和治疗依从性确定。为预防遮盖性弱视，年龄越小，允许的每日最大遮盖时长应越短。临床常根据病情采用部分时间遮盖策略，即每日遮盖 2、4 或 6 小时。其适用于：①3 岁以下儿童初始治疗；②轻度弱视；③双眼视力相近或接近平衡时的巩固疗效；④弱视治愈后复发。

10 岁及以下弱视患儿遮盖治疗效果较确切。若治疗 3~4 个月视力改善不理想，可延长遮盖时间或联合光学压抑疗法。12~17 岁大龄儿童的疗效与既往治疗史相关，对于既往未接受过弱视治疗者，遮盖治疗仍可获益。

遮盖治疗的不良反应包括遮盖眼视力下降和眼贴相关的皮肤刺激。遮盖性弱视通常在解除遮盖后视力可较快恢复。对于眼贴相关的皮肤刺激，可通过更换遮盖方式或在非遮盖时使用润滑剂等方法减轻。应告知家长或监护人定期观察遮盖眼视力和皮肤状况。

（三）药物性或光学性压抑疗法

当优势眼为远视眼时，可采用药物性压抑疗法治疗弱视。常用 1%阿托品眼膏或凝胶诱导优势眼光学离焦，主要适用于中度弱视、遮盖性眼球震颤、遮盖治疗依从性差或需要维持治疗的儿童。使用过程中应告知家长可能出现的不良反应，包括畏光、近距离视物困难、面部潮红、发热等症状，并加强用药安全教育。

光学性压抑通过改变优势眼的光学矫正处方造成人为的视物模糊，也可用于弱视眼的治疗。但该方法疗效个体差异较大，且随机临床试验证据相对有限，临床应根据患儿个体情况审慎选择。

（四）手术治疗弱视的病因

对于由屈光间质混浊或视轴遮挡引起的形觉剥夺性弱视，若评估认为不解除病因将影响弱视治疗时，应尽早行手术治疗。术后应及时进行光学矫正和弱视治疗。

（五）弱视的随诊评估

随诊评估的主要内容包括：弱视眼视力变化、治疗依从性及不良反应的监测。开始治疗后建议每2~3个月复查一次，随诊间隔需根据年龄、弱视程度、治疗强度和治疗依从性调整。年龄越小、治疗强度越高者，随访问隔应相应缩短。

应根据随访结果和治疗依从性及时调整治疗方案。当患儿弱视眼最佳矫正视力达到正常且双眼视力接近平衡时，应逐渐减少治疗强度至维持治疗。弱视治愈后宜巩固治疗3~6个月，随后逐渐降低遮盖或压抑强度，直至停止。停止治疗后仍需继续随访2~3年，以监测与处理弱视的复发。

（六）弱视治疗的依从性管理

治疗依从性是影响弱视疗效的关键因素。年龄较小和疗程较长是依从性下降的显著预测因子。因此，建立完善的依从性监测体系至关重要。应采用多元化手段监测依从性，包括电子设备记录、治疗日志、家长每周报告及门诊定期评估

等。针对依从性不足，应采取综合干预策略：①健康教育：向家长和儿童充分解释治疗必要性；②行为管理：建立激励机制、使用治疗日历；③技术辅助：优先选择患儿接受度高、趣味性强的治疗方式；④心理支持：关注患儿社会心理状态，必要时转诊心理科。

通过个体化依从性管理，可显著提升治疗效果，降低复发风险。

（七）弱视的复发

在视觉发育成熟之前，弱视在停止治疗后存在复发风险。因此，弱视眼在视力达到正常水平后，实施巩固治疗防止复发也是治疗成功的关键环节。斜视性弱视和屈光参差性弱视治愈后复发率较高，需重点监测。

1.复发的原因：

屈光参差性弱视和斜视性弱视由于常伴有形觉剥夺因素及双眼异常交互抑制，容易复发。

复发的一个原因是过早摘镜，视网膜上物像无法继续维持清晰。另一原因是双眼的视力未达到平衡或者平衡之后未得到巩固的情况下，过早停止遮盖疗法或压抑疗法。

2.复发的预防

对于10岁以下患儿，若双眼最佳矫正视力差异 <1 行，应该继续巩固治疗，直至稳定在正常水平至少三个月。

3.随访期规范

弱视治愈后建议随访至视觉发育成熟，即敏感期结束

（9~12岁），每3~6个月随访一次。坚持随访是预防弱视复发的重要手段。

六、弱视的筛查与预防

早期筛查是实现弱视早诊早治的关键环节。干预起始年龄越早，对阻断异常视觉发育、提升弱视最终治愈率的意义越大。应广泛开展科普教育，强化家长和基层儿童保健人员对危险因素的认知，明确单眼性斜视、屈光参差、高度屈光不正和形觉剥夺是导致弱视的核心病因。

0~6岁儿童是弱视筛查的重点人群，应定期接受视力筛查和眼健康评估。可根据年龄采用选择性观看法、图形视力表、标准视力表或其他适宜方法评估婴幼儿视功能。一旦发现异常，应及时启动规范诊疗流程。若发现单眼或双眼最佳矫正视力低于相应年龄正常参考值下限，或双眼视力相差 ≥ 2 行者，应及时转诊至眼科进一步评估。

《弱视诊疗指南（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：



付 晶	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
赵博文	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
魏士飞	首都医科大学附属北京同仁医院