

0~6岁儿童眼保健及视力 检查服务规范（试行）

为贯彻落实教育部、国家卫生健康委等8部门《综合防控儿童青少年近视实施方案》，进一步规范和加强0~6岁儿童眼保健和视力检查服务，促进儿童眼健康，结合《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》（国卫基层发〔2017〕13号），进一步细化儿童眼保健及视力检查服务内容，制定本规范。

一、服务对象

辖区内常住的0~6岁儿童。

二、服务时间及频次

根据不同年龄段正常儿童眼及视觉发育特点，结合0~6岁儿童健康管理服务时间和频次，为0~6岁儿童提供13次眼保健和视力检查服务。其中，新生儿期2次，分别在新生儿家庭访视和满月健康管理时；婴儿期4次，分别在3、6、8、12月龄时；1至3岁幼儿期4次，分别在18、24、30、36月龄时；学龄前期3次，分别在4、5、6岁时。

三、服务内容

儿童眼保健和视力检查主要目的是早期发现儿童常见眼病、视力不良及远视储备量不足，及时转诊干预，控制和减少儿童可控性眼病及视力不良的发展，预防近视发生。

0~6 岁儿童眼保健及视力检查服务主要由具备相应服务能力的乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构或县级妇幼保健机构及其他具备条件的县级医疗机构提供，内容包括健康教育、眼病筛查及视力评估、健康指导、转诊服务和登记儿童眼健康档案信息等。

县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接收转诊儿童，开展专项检查、视力复筛和复查、眼病诊疗、转诊服务和登记儿童眼健康档案信息等。

0~6 岁儿童眼保健及视力检查服务内容示意图和服务项目见附件 1 和 2。

（一）健康教育。

面向社会公众和儿童家长普及儿童眼保健科学知识，提高视力不良防控意识，提升科学知识知晓率，引导家庭积极主动接受儿童眼保健和视力检查服务。

（二）眼病筛查及视力评估。

1. 新生儿期（新生儿家庭访视和满月健康管理）

新生儿常规眼保健服务和早产儿视网膜病变筛查服务由助产机构负责。在此基础上，基层医疗卫生机构开展以下服务。

(1) 检查眼外观。观察眼睑有无缺损和上睑下垂，眼部有无脓性分泌物、持续流泪，双眼球大小是否对称，角膜是否透明、双侧对称，瞳孔是否居中、形圆、双侧对称，瞳孔区是否发白，巩膜是否黄染。

(2) 筛查眼病高危因素。重点询问和观察新生儿是否存在下列眼病主要高危因素：

① 出生体重 $<2000\text{g}$ 的低出生体重儿或出生孕周 <32 周的早产儿；

② 曾在新生儿重症监护病房住院超过 7 天并有连续高浓度吸氧史；

③ 有遗传性眼病家族史，或家庭存在眼病相关综合征，包括近视家族史、先天性白内障、先天性青光眼、先天性小眼球、眼球震颤、视网膜母细胞瘤等；

④ 母亲孕期有巨细胞病毒、风疹病毒、疱疹病毒、梅毒或弓形体等引起的宫内感染；

⑤ 颅面部畸形，大面积颜面血管瘤，或哭闹时眼球外凸；

⑥ 眼部持续流泪，有大量分泌物。

(3) 光照反应检查（满月健康管理时）。评估新生儿有无光感。检查者将手电灯快速移至婴儿眼前照亮瞳孔区，重复多次，双眼分别进行。婴儿出现反射性闭目动作为正常，表明婴儿眼睛有光感。

(4) 转诊指征。①眼睑缺损、上睑下垂，眼部有脓性分泌物、持续流泪，双眼球大小不一致，角膜混浊、双侧不等大，瞳孔不居中、不圆、双侧不等大，瞳孔区发白，巩膜黄染等；②出生体重 $<2000\text{g}$ 的低出生体重儿或出生孕周 <32 周的早产儿，出生后4~6周或矫正胎龄32周时，未按要求进行眼底检查；存在其他眼病高危因素，未做过眼科专科检查；③光照反应检查异常。

2. 婴儿期（3、6、8、12月龄）

(1) 检查眼外观。观察双眼球大小是否对称，结膜有无充血，眼部有无分泌物或持续溢泪，角膜是否透明、双侧对称，瞳孔是否居中、形圆、双侧对称，瞳孔区是否发白，6月龄及以后观察有无眼球震颤。

(2) 瞬目反射（3月龄时）。评估婴儿的近距离视力能力。受检者取顺光方向，检查者以手或大物体在受检者眼前快速移动，不接触到受检者。婴儿立刻出现反射性防御性的眨眼动作为正常。

(3) 红球试验（3月龄时）。评估婴儿眼睛追随及注视能力。在婴儿眼前20~33cm处，用直径5cm左右的红色小球缓慢移动，重复2~3次。婴儿表现出短暂寻找或追随注视红球为正常。

(4) 视物行为观察。通过观察和询问家长，了解儿童日常视物时是否存在异常行为表现，如3月龄时不与家人对视、

对外界反应差，6 月龄时视物明显歪头或距离近，畏光、眯眼或经常揉眼等。

(5) 红光反射检查、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验（6 月龄时）。

6 月龄时，基层医疗卫生机构告知家长带婴儿至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接受红光反射检查、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验等专项检查，并予转诊。

8 月龄时，基层医疗卫生机构询问家长，婴儿是否已于 6 月龄接受红光反射检查、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验等专项检查。对于尚未接受检查者，再次告知家长尽快带婴儿至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接受上述检查。

鼓励有条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心，于 6 月龄时为婴儿提供红光反射检查、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验。

红光反射检查：评估瞳孔区视轴上是否存在混浊或占位性病变。采用直接检眼镜，在半暗室内，检查距离约 50cm，检眼镜屈光度调至 0，照射光斑调至大光斑。在婴儿清醒状态，将光斑同时照射双眼，观察双眼瞳孔区的红色反光。正常应为双眼对称一致的明亮红色反光。若双眼反光亮度不一致、红光反射消失、暗淡或出现黑斑为异常。

眼位检查：筛查婴儿是否存在斜视。将手电灯放至儿童眼睛正前方 33cm 处，吸引儿童注视光源，检查双眼角膜反光点是否在瞳孔中央。用遮眼板分别遮盖儿童的左、右眼，观察眼球有无水平或上下的移动。正常儿童双眼注视光源时，瞳孔中心各有一反光点，分别遮盖左、右眼时没有明显的眼球移动。

单眼遮盖厌恶试验：评估儿童双眼视力是否存在较大差距。用遮眼板分别遮挡儿童双眼，观察儿童行为反应是否一致。双眼视力对称的儿童，分别遮挡双眼时的反应等同；若一眼对遮挡明显抗拒而另一眼不抗拒，提示双眼视力差距较大。

(6) 转诊指征。①眼外观检查异常，包括婴儿双眼球大小不一致、结膜充血、眼部有分泌物、持续溢泪、角膜混浊或双侧不对称、瞳孔不居中或不圆或双侧不对称、瞳孔区发白、眼球震颤；②瞬目反射检查结果异常；③红球试验检查结果异常；④视物行为异常；⑤红光反射检查结果异常；⑥眼位检查偏斜；⑦单眼遮盖厌恶试验异常。

3. 幼儿期（18、24、30、36 月龄）

(1) 检查眼外观。方法同婴儿期。增加眼睑有无红肿或肿物，眼睑有无内、外翻，是否倒睫。

(2) 视物行为观察。方法同婴儿期。询问家长时增加以下内容，了解儿童日常视物时避让障碍物是否迟缓，暗处行

走是否困难，有无视物明显歪头或视物过近，有无畏光、眯眼或经常揉眼等行为表现。

(3) 眼位检查、单眼遮盖厌恶试验、屈光筛查（24、36月龄时）。

24、36月龄时，基层医疗卫生机构分别告知家长应带幼儿至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接受眼位检查、单眼遮盖厌恶试验、屈光筛查等专项检查，并予转诊。

基层医疗卫生机构在后续服务时间询问家长，幼儿是否已于24、36月龄接受眼位检查、单眼遮盖厌恶试验、屈光筛查等专项检查。对于尚未接受检查者，再次告知家长尽快带幼儿至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接受上述检查。

鼓励有条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心，于24、36月龄时分别为幼儿提供眼位检查、单眼遮盖厌恶试验和屈光筛查。

眼位检查：方法同婴儿期。

单眼遮盖厌恶试验：方法同婴儿期。

屈光筛查：采用屈光筛查仪，开展眼球屈光度筛查，了解幼儿眼球屈光状态，监测远视储备量，早期发现远视、近视、散光、屈光参差、远视储备量不足和弱视等危险因素。

若屈光筛查结果异常，但低于高度屈光不正及屈光参差转诊指征，应半年后再次复查。

(4) 转诊指征。①眼外观检查异常，眼睑有红肿或肿物，眼睑内翻或外翻、倒睫等，其他症状同婴儿期；②视物行为异常；③眼位检查偏斜；④单眼遮盖厌恶试验异常；

⑤屈光筛查结果异常。

1) 下列屈光不正及屈光参差，可能导致弱视，见以下标准：

24 月龄。屈光不正：散光 $>2.00D$ ，远视 $>+4.50D$ ，近视 $<-3.50D$ ；屈光参差：双眼球镜度（远视、近视）差值 $>1.50D$ 或双眼柱镜度（散光）差值 $>1.00D$ 。

36 月龄。屈光不正：散光 $>2.00D$ ，远视 $>+4.00D$ ，近视 $<-3.00D$ ；屈光参差：双眼球镜度（远视、近视）差值 $>1.50D$ 或双眼柱镜度（散光）差值 $>1.00D$ 。

2) 24、36 月龄时屈光筛查结果数值超出仪器检查正常值范围，但低于上述标准，且半年后复查结果仍异常。

3) 可疑远视储备量不足：等效球镜度数 $<+0.00D$ （等效球镜度数=球镜度数 $+1/2$ 柱镜度数）。

4) 若儿童配合良好，同一天反复三次屈光检查，不能检测出数值且排除设备问题，提示为可疑屈光不正或器质性眼病。

4. 学龄前儿童（4、5、6 岁）

(1) 检查眼外观。方法同幼儿期。

(2) 视物行为观察。方法同幼儿期。

(3) 视力检查。采用国际标准视力表或标准对数视力表检查儿童视力。检查时，检测距离5米，视力表照度为500Lux，视力表1.0行高度为受检者眼睛高度。遮挡一眼，勿压眼球，按照先右后左顺序，单眼检查。自上而下辨认视标，直到不能辨认的一行时为止，其上一行即可记录为儿童的视力。以儿童单眼裸眼视力值作为判断视力是否异常的标准。4岁儿童裸眼视力一般可达4.8(0.6)以上，5岁及以上儿童裸眼视力一般可达4.9(0.8)以上。

(4) 眼位检查、屈光筛查。

4、5、6岁时，基层医疗卫生机构告知家长每年应带儿童至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接受眼位检查、屈光筛查等专项检查，并予转诊。

基层医疗卫生机构在后续服务时询问家长，儿童是否已于4、5、6岁时接受过眼位检查、屈光筛查等专项检查。对于尚未接受检查者，再次告知家长尽快带儿童至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构接受上述检查。

鼓励有条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心，于4、5、6岁时为儿童提供眼位检查和屈光筛查。

眼位检查、屈光筛查，方法同幼儿期。

(5) 转诊指征：①眼外观检查异常；②视物行为异常；③4 岁儿童裸眼视力 ≤ 4.8 (0.6)、5 岁及以上儿童裸眼视力 ≤ 4.9 (0.8)，或双眼视力相差两行及以上（标准对数视力表），或双眼视力相差 0.2 及以上（国际标准视力表）。④眼位检查偏斜；⑤屈光筛查结果异常。

1) 下列屈光不正及屈光参差，可能导致弱视，见以下标准：

4 岁。屈光不正：散光 $>2.00D$ ，远视 $>+4.00D$ ，近视 $<-3.00D$ ；屈光参差：双眼球镜度（远视、近视）差值 $>1.50D$ 或双眼柱镜度（散光）差值 $>1.00D$ 。

5 岁、6 岁。屈光不正：散光 $>1.50D$ ，远视 $>+3.50D$ ，近视 $<-1.50D$ ；屈光参差：双眼球镜度（远视、近视）差值 $>1.50D$ 或双眼柱镜度（散光）差值 $>1.00D$ 。

2) 4、5、6 岁屈光筛查结果数值超出仪器检查正常值范围，但低于上述标准，且半年后复查结果仍异常。

3) 可疑远视储备量不足：等效球镜度数 $<+0.00D$ （等效球镜度数=球镜度数+1/2 柱镜度数）。

4) 若儿童配合良好，同一天反复三次屈光检查，不能检测出数值且排除设备问题，提示为可疑屈光不正或器质性眼病。

5. 检查结果异常提示

眼病筛查和视力评估结果异常，提示儿童可能存在眼病或引起严重眼病的风险，可能存在远视储备量不足。

(1) 眼外观检查异常。若眼睑有缺损，提示为可疑眼睑畸形；上睑下垂，提示可疑动眼神经或提上睑肌先天发育异常或外伤导致；眼部有脓性分泌物、持续流泪，提示可疑为结膜炎、泪囊炎；角膜混浊，提示可疑为先天性青光眼、角膜水肿、角膜疾病等，可致视力下降甚至失明等；双眼球大小不一致，角膜双侧不对称，瞳孔不居中、不圆、双侧不等大，提示可疑为先天眼部结构畸形；瞳孔区发白，提示可疑为先天性白内障、视网膜母细胞瘤等；巩膜黄染提示可疑为黄疸；眼球震颤提示可疑视力异常；眼睑有红肿或肿物，提示可能存在眼睑炎症、霰粒肿或麦粒肿；倒睫提示可能存在眼睑内翻。

(2) 存在眼病高危因素。提示存在发生严重眼部疾病的风险。

(3) 光照反应异常。对光照无反应，提示可疑视力异常或失明。

(4) 瞬目反射检查异常。婴儿不会出现反射性防御性的眨眼动作，提示可疑近距离视力异常。

(5) 红球试验异常。婴儿不能追随及注视红球，提示可疑视力异常。

(6) 视物行为异常。提示可能视力或眼位异常。

(7) 红光反射检查异常。若双眼反光亮度不一致、红光反射消失、暗淡或出现黑斑，提示可疑为先天性白内障、白瞳症等。

(8) 眼位检查异常。提示可能存在斜视，有可能导致弱视。

(9) 单眼遮盖厌恶试验异常。提示可能存在屈光参差、弱视等。

(10) 屈光筛查异常。①若可疑远视、近视、散光和屈光参差，可能导致弱视，需要通过进一步检查确定是否配戴眼镜矫正。②若等效球镜度数 $<+0.00D$ ，提示远视储备量不足，有发生近视的可能性，需进一步检查并改变不良用眼行为。

(11) 视力检查异常。4 岁儿童裸眼视力 ≤ 4.8 (0.6)、5 岁及以上儿童裸眼视力 ≤ 4.9 (0.8)，或双眼视力相差两行及以上（标准对数视力表），或双眼视力相差 0.2 及以上（国际标准视力表）者为视力低常。提示可能存在屈光不正、斜视、弱视、白内障、青光眼及其他眼病。

根据检查结果，填写《0~6 岁儿童眼保健及视力检查记录表》（附件 3 表 1~表 5），逐步形成儿童眼健康档案。综合分析未见异常的，告知家长后续定期带儿童接受眼保健和视力检查；发现异常的，指导家长及时带儿童转诊。

（三）健康指导。

每次完成眼病筛查和视力评估后，应结合检查结果及时向家长普及儿童眼保健知识，开展健康指导。针对不同年龄段儿童健康指导要点详见附件 4。

（四）转诊服务。

1. 乡镇卫生院、社区卫生服务中心将尚未接受红光反射、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验和屈光筛查的儿童，以及检查结果异常的儿童转诊至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构，填写转诊建议（附件 3 表 2~表 5）及转诊单（见附件 5），指导家长及时转诊。转诊单一式两联，一联由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）留存，另一联由儿童家长交至县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构。

2. 县级妇幼保健机构或其他具备条件的县级医疗机构开展以下接诊服务。

（1）对尚未在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）接受红光反射、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验和屈光筛查等专项检查的儿童，依据婴儿期、幼儿期、学龄前期等不同年龄段要求，提供相应检查服务。

6 月龄时，提供红光反射、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验等专项检查，记录检查结果，填写《0~6 岁儿童眼保健及视力检查记录表》（附件 3）表 3。

24、36 月龄时，提供眼位检查、单眼遮盖厌恶试验和屈光筛查等根据专项检查，记录检查结果，填写《0~6 岁儿童眼保健及视力检查记录表》（附件 3）表 4。

4、5、6 岁时，提供眼位检查和屈光筛查等专项检查，记录检查结果，填写《0~6 岁儿童眼保健及视力检查记录表》（附件 3）表 5。

（2）对乡镇卫生院（社区卫生服务中心）转诊的检查结果异常的儿童进行复查。对于复查结果异常的儿童，以及在本机构接受红光反射、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验和屈光筛查等专项检查结果异常的儿童，结合实际，至少开展以下儿童常见眼病诊断、治疗、干预服务。必要时应根据病情及时转诊至上级具备条件的医疗机构进行综合评估和诊治。

①对于眼外观检查异常的患儿，需进一步复查。

对确诊为结膜炎、泪囊炎、眼睑炎症、霰粒肿及麦粒肿等的患儿，应及时控制，防止炎症扩散，促进炎症消退。

对眼部有大量脓性分泌物的情况，考虑可能为化脓性结膜炎，需尽快确诊，及时有效治疗。

对眼外观其他异常，如可疑为先天性青光眼、角膜水肿、角膜疾病、眼部结构畸形、黄疸及严重倒睫等，应及时转诊至上级医疗机构进行诊治。

②对于存在眼部疾病高危因素的新生儿，再次排查可能发生严重眼部疾病的风险，有条件的机构应进一步检查。对

于出生体重 <2000 克的低出生体重儿或出生孕周 <32 周的早产儿，应当在生后 4-6 周或矫正胎龄 32 周，告知家长及时转诊到具备条件的医疗机构进行眼底病变筛查，排除早产儿视网膜病变。有条件的县级妇幼保健机构可以开展眼底筛查服务，对已经确诊为早产儿视网膜病的患儿，应告知家长转诊到具备相应治疗能力的医疗机构及时干预和治疗，并定期随访复查，观察视网膜发育情况至视网膜发育成熟。

③对于瞳孔区发白、光照反应、瞬目反射和红球试验异常及视物行为异常的儿童，进行红光反射检查，检查瞳孔区视轴上的混浊和眼底病变情况。若双眼反光亮度不一致、红光反射消失、暗淡或出现黑斑，提示可疑为先天性白内障、白瞳症等，应及时转诊至上级医疗机构进行诊治。有条件的县级妇幼保健机构，可以开展裂隙灯及眼底检查，进一步确诊。

④对于眼位检查异常儿童，提示可疑为斜视，应进行专业验光、眼底检查等明确斜视类型，结合斜视类型确定治疗方案。需要手术治疗的斜视类型应将患儿及时转诊至上级医疗机构进行专业眼科诊治。早期治疗斜视可以在矫正眼位、恢复外观的基础上，促进视力发育和双眼视觉功能的建立。

⑤对于单眼遮盖厌恶试验异常的儿童，可能由于双眼视力不一样导致，提示可疑为屈光参差、弱视或其他眼病，需要进一步诊疗或及时转诊。

⑥对于视力检查和屈光筛查异常的儿童，进行以下检查。

1) 视力检查：对 4~6 岁儿童采用国际标准视力表或标准对数视力表再次进行视力检查，并结合实际开展专业眼科检查。

2) 屈光筛查：对所有儿童再次开展屈光筛查，监测远视储备量情况，排查远视、近视、散光及屈光参差。

3) 散瞳验光：对复查后仍可疑屈光不正或视力低常的儿童，根据实际情况进行睫状肌麻痹验光，得出准确屈光度。确定是否远视储备量不足，是否存在远视、近视、散光及屈光参差。再根据视力、眼位和年龄等因素，综合判断是否需要配戴眼镜矫正。

对于远视储备量不足儿童，告知家长存在发生近视的可能性，应定期接受检查，改变不良用眼习惯和行为。

对于经散瞳验光、结合眼科检查确诊为弱视的患儿，消除屈光不正、屈光参差、斜视、先天性白内障、重度上睑下垂等危险因素，并根据儿童年龄、视力、依从性等情况，通过遮盖和压抑优势眼及视觉训练来促使弱视眼视力提升。弱视治疗过程中应定期随诊，根据检查结果及依从性评估，及时调整治疗方案。

(3) 县级妇幼保健机构或具备相应条件的县级医疗机构填写回执单（见附件 6），记录本机构开展的红光反射、眼位检查、单眼遮盖厌恶试验、屈光筛查等专项检查结果，以

及复查、诊断结果或进一步转诊信息，将其反馈至乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）归入儿童眼健康档案。

3. 其他具备条件的县级以上医疗机构接收转诊儿童，进一步开展眼病及视力异常的诊断、治疗和干预服务。及时将诊治结果反馈至县级妇幼保健机构，并由县级妇幼保健机构将结果反馈至乡镇卫生院（社区卫生服务中心），最终由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）归入儿童眼健康档案。

（五）建立儿童眼健康档案。

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、县级妇幼保健机构或具备相应条件的县级医疗机构以及县级以上医疗机构，开展眼病筛查及视力评估、健康指导、转诊和接诊服务时，应记录相应内容，建立机构间筛查、复查、诊断等信息双向交换机制，及时完善儿童眼健康档案，做到一人一档。各地应大力推进信息化建设，逐步建立儿童眼健康电子档案，联通基层医疗卫生机构、县级妇幼保健机构和诊疗机构，做到信息及时更新、互联共享，并随儿童青少年入学实时转移。

四、服务机构和人员技术要求

（一）各地要加大力度推进基层医疗卫生机构儿童眼保健及视力检查能力建设，为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）配备开展儿童眼保健及视力检查服务所需的基本设备（见附件 7）。充实儿童眼保健及视力检查的人员。从事眼保健及

视力检查的人员应为接受过专业技术培训并合格的医务人员。

（二）县级妇幼保健机构或具备相应条件的县级医疗机构应配备开展儿童眼保健和视力检查、复查、相应诊疗服务工作所需的基本设备（见附件 7），至少具备 1 间儿童眼保健诊室和 1 间检查室。至少有一名经儿童眼保健及视力检查技术培训并合格的执业医师或眼保健专职医务人员。

基层医疗卫生机构、县级妇幼保健机构或具备相应条件的县级医疗机构应根据辖区内常住 0~6 岁儿童总人数，积极创造条件，配备数量足够、符合要求的从事儿童眼保健服务的人员。

鼓励有条件的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和妇幼保健机构结合实际扩展相关服务项目，增加必要设备和专业人员。

五、服务职能

（一）乡镇卫生院、社区卫生服务中心。

1. 开展健康教育，普及儿童眼保健及视力不良防控知识，增强近视防控意识，宣传儿童眼病要早筛、早诊、早治。宣传动员家长定期带儿童接受眼保健及视力检查服务。

2. 结合儿童健康管理服务，同步开展 0~6 岁儿童眼保健及视力检查服务，登记完善儿童眼健康档案信息。

3. 对检查结果异常和远视储备量不足的儿童进行针对性健康指导、及时转诊，并跟踪随访。

4. 掌握辖区内 0~6 岁儿童眼健康基本情况，及时将 0~6 岁儿童眼保健及视力检查人数、6 岁儿童视力检查人数、6 岁儿童视力不良检查人数、7 岁以下（0~6 岁）儿童人数等数据上报至县级妇幼保健机构。对眼保健及视力检查结果异常的儿童进行登记汇总（见附件 8）。

（二）县级妇幼保健机构。

1. 开展健康教育，普及儿童眼保健及视力不良防控知识，增强近视防控意识，宣传儿童眼病要早筛、早诊、早治。

2. 为乡镇卫生院、社区卫生服务中心转诊的儿童提供专项检查 and 复查。具备条件的县级妇幼保健机构承担相应的诊疗服务职责。鼓励和支持具备条件的县级妇幼保健机构开展斜视（非手术类）、弱视矫治服务。完善儿童眼健康档案。

3. 协助卫生健康行政部门建立区域儿童眼保健服务网络和转诊机制，推进儿童眼健康档案信息化建设，提升儿童眼健康服务能力和管理水平。

4. 针对乡镇卫生院、社区卫生服务中心提供专业人力支持，开展人员培训、技术指导和质量评估。

5. 承担辖区内 0~6 岁儿童眼保健及视力检查服务数据管理工作，按照妇幼卫生统计调查制度要求逐级上报，确保数据真实准确，加强数据分析利用。

（三）省级和地市级妇幼保健机构。

结合妇幼保健机构功能定位，加强自身眼保健科能力建设，协助卫生健康行政部门重点承担服务网络和信息系统建设、人员培训、业务指导、技术推广、质量控制、健康宣教和数据管理等工作。

（四）其他具备条件的县级以上医疗机构。

1. 开展健康教育，普及儿童眼保健及视力不良防控知识，增强近视防控意识，宣传儿童眼病要早筛、早诊、早治。

2. 提供儿童眼病诊断、治疗、干预等服务。

3. 将患病儿童诊治结果反馈至县级妇幼保健机构，并由县级妇幼保健机构将结果反馈至乡镇卫生院、社区卫生服务中心。

4. 会同辖区妇幼保健机构针对基层开展人员培训和技术指导。

六、工作要求

各级卫生健康行政部门要高度重视儿童眼保健及视力检查服务，加强组织领导，强化安排部署和工作指导，不断提高服务可及性及覆盖率。要完善工作机制，定期开展质量检查，保证服务质量。加强儿童眼保健及视力检查人员培训，确保由接受过眼保健及视力检查相关技术培训并合格的医务人员从事相关工作。各级卫生健康行政部门要加强区域信

息平台建设和信息互联共享，尽快实现 0~6 岁儿童眼健康档案电子化、信息化。

七、工作指标

(一) 0~6 岁儿童眼保健和视力检查覆盖率：统计期限内辖区 0~6 岁儿童眼保健和视力检查人数 / 统计期限内辖区 0~6 岁儿童数 × 100%。

其中，“0~6 岁儿童眼保健和视力检查人数”指 0~6 岁儿童当年接受 1 次及 1 次以上眼保健和视力检查的人数。

(二) 0~6 岁儿童眼保健和视力检查异常率：统计期限内辖区 0~6 岁儿童眼病筛查及视力评估异常人数 / 统计期限内辖区 0~6 岁儿童数 × 100%。

(三) 0~6 岁儿童眼保健和视力检查异常转诊率：统计期限内辖区 0~6 岁儿童眼病筛查及视力评估异常转诊人次 / 统计期限内辖区 0~6 岁儿童眼病筛查及视力评估异常人次 × 100%。

(四) 6 岁儿童视力不良检出率：统计期限内辖区 6 岁儿童视力不良检出人数 / 统计期限内辖区 6 岁儿童视力检查人数 × 100%。

6 岁儿童视力不良判断标准：6 岁儿童裸眼视力 ≤ 4.9 (0.8)，或双眼视力相差两行及以上（标准对数视力表），或双眼视力相差 0.2 及以上（国际标准视力表）。

(五) 儿童眼健康档案建档率=统计期限内辖区 0~6 岁儿童建立眼健康档案人数 / 统计期限内辖区 0~6 岁儿童数 ×100%。

八、名词解释

(一) 视力：即视觉分辨力，是眼睛所能够分辨的外界两个物点间最小距离的能力。视力是随着屈光系统和视网膜发育逐渐发育成熟的，0~6 岁是儿童视力发育的关键期，新生儿出生仅有光感，1 岁视力一般可达 0.2，2 岁视力一般可达 0.4 以上，3 岁视力一般可达 0.5 以上，4 岁视力一般可达 0.6 以上，5 岁及以上视力一般可达 0.8 以上。

(二) 裸眼视力：又称未矫正视力，指未经任何光学镜片矫正所测得的视力，包括裸眼远视力和裸眼近视力。

(三) 正视化过程：儿童眼球和视力是逐步发育成熟的，新生儿出生时，眼睛发育未成熟，处于远视状态，随着生长发育，眼球逐渐增长，眼远视屈光度数逐渐趋向正视，称之为“正视化过程”。3 岁前生理屈光度为+3.00D，4~5 岁生理屈光度为+1.50D~+2.00D，6~7 岁生理屈光度为+1.00D~+1.50D。

(四) 远视储备量：新生儿的眼球较小，眼轴较短，此时双眼处于远视状态，这是生理性远视，称之为“远视储备量”。随着儿童生长发育，眼球逐渐长大，眼轴逐渐变长，远视度数逐渐降低而趋于正视。远视储备量不足指裸眼视力

正常，散瞳验光后屈光状态虽未达到近视标准但远视度数低于相应年龄段生理值范围。如 4~5 岁的儿童生理屈光度为 150~200 度远视，则有 150~200 度的远视储备量，如果此年龄段儿童的生理屈光度只有 50 度远视，意味着其远视储备量消耗过多，有可能较早出现近视。

（五）屈光度：人眼对光线的曲折能力，就是眼睛的屈光度，一般用“D”表示。

（六）屈光不正：当眼处于非调节状态（静息状态）时，外界的平行光线经眼的屈光系统后，不能在视网膜黄斑中心凹聚焦，因此无法产生清晰的成像，称为屈光不正，包括近视、远视、散光和屈光参差等。

（七）斜视：是指一眼注视时，另一眼视轴偏离的异常眼位。斜视是与视觉发育、解剖发育、双眼视觉功能和眼球运动功能密切相关的一组疾病。斜视患病率约为 3%，其中出生后 6 个月内先天性内斜视患病率约为 1%~2%，人群中先天性内斜视患病率为 0.1%。斜视除了影响美观外，还会导致弱视及双眼单视功能不同程度的丧失。早期治疗斜视可以在矫正眼位、恢复外观的基础上，促进视力发育和双眼视觉功能的建立。

（八）弱视：视觉发育期内由于单眼斜视、屈光参差、高度屈光不正以及形觉剥夺等异常视觉经验引起的单眼或双眼最佳矫正视力低于相应年龄正常儿童，且眼部检查无器

质性病变，称为弱视。分为屈光不正性弱视、屈光参差性弱视、斜视性弱视、形觉剥夺性弱视等。根据普查结果确定年龄在 3~5 岁儿童视力的正常值下限为 0.5，6 岁及以上儿童视力正常值下限为 0.7。弱视患病率较高，为 1%~5%，弱视治疗成功率随着患儿年龄增加而下降，6 岁之后较难矫正，应早诊断早治疗。

[附件 1-0~6 岁儿童眼保健及视力检查服务内容示意图](#)

[附件 2-0~6 岁儿童眼保健及视力检查服务项目](#)

[附件 3-儿童眼健康档案](#)

[附件 4-0~6 岁儿童眼保健及视力检查健康指导要点](#)

[附件 5-0~6 岁儿童眼保健及视力检查转诊单](#)

[附件 6-0~6 岁儿童眼保健及视力检查回执单](#)

[附件 7-0~6 岁儿童眼保健及视力检查基本设备](#)

[附件 8-0~6 岁儿童眼保健及视力检查结果异常登记](#)

表