

团 体 标 准

T/CNHAW 0009—2022

儿童青少年近视精准防控临床中心基本要求

Fundamental requirements for the children and adolescent's myopia precise prevention
and control center

2022 - 09 - 16 发布

2022 - 10 - 16 实施

中国民族卫生协会 发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 总体要求	2
4.1 机构性质	2
4.2 临床中心建设	2
5 区域与功能划分	2
5.1 临床中心面积和区域划分	2
5.2 功能区域	2
5.3 辅助区域	3
6 设备、器械和药品	3
6.1 各区域的设备和器械配备要求	3
6.2 药品配备要求	4
7 信息系统	4
8 人员	4
9 业务开展	4
9.1 屈光筛查	4
9.2 临床诊疗	5
10 公众健康教育	8
11 专业及临床研究能力提升	9
11.1 专业能力提升	9
11.2 临床研究能力提升	9
参考文献	10

前 言

本文件按照 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规则》的规定起草。

请注意本文件中的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国民族卫生协会眼学科分会提出。

本文件由中国民族卫生协会标准化工作委员会归口。

本文件起草单位：中国民族卫生协会眼学科分会、复旦大学附属眼耳鼻喉科医院、首都医科大学附属北京同仁医院、四川大学华西医院、天津市眼科医院、温州医科大学附属眼视光医院、中山大学中山眼科中心、卡尔蔡司（上海）管理有限公司、臻卓医疗技术（上海）有限公司。

本文件主要起草人：周行涛、瞿小妹、陈志、周佳奇、黄锦海、张丰菊、刘陇黔、李丽华、金婉卿、杨晓、仲凯、冯贤财、朱云。

引 言

我国儿童青少年 2020 年总体近视率为 52.7%，且呈现低龄化、重度化趋势。有效推进儿童青少年近视防控和科学矫治工作是“十四五”全国眼健康规划的主要目标之一。国家卫生健康委发布的《儿童青少年近视防控适宜技术指南（更新版）》中提出了医疗卫生机构应发挥医院专业优势，不断提高眼健康服务能力。《综合防控儿童青少年近视实施方案》及《儿童青少年近视防控光明行动工作方案（2021—2025 年）》给出了医疗卫生机构在儿童青少年近视防控中的建立档案、规范诊疗、健康教育三个方面的工作指导，并确立了“科学防控”、“精准防控”等基本原则。

本文件提出了儿童青少年近视精准防控模式，其核心理念和实践方法包括开展屈光筛查，建立和维护屈光发育档案，进行全面的综合眼健康检查，完善近视诊断及近视风险评估，个性化选择近视进展干预措施，提高验配和患者教育质量，长期随访适时调整干预方案。在长期的实践过程中，如光学生物测量仪等先进设备及信息化的管理方式在儿童青少年近视精准防控中的也得到了初步的应用。近视精准防控模式的理念和方法已经在行业内已经形成了初步的共识，本文件对此进行了规范，并提出了在“儿童青少年近视精准防控临床中心”中应用近视精准防控模式的基本要求。

本文件旨在明确“儿童青少年近视精准防控临床中心”在筛查、临床诊疗、健康教育等方面能力建设和业务开展的基本要求，加快近视精准防控模式在全国范围内的培训和实施，加强近视防控工作的标准化和规范化，提高医疗卫生机构的近视防控能力，推进我国的儿童青少年近视防控工作，助力我国近视防控 2030 年目标的实现。

儿童青少年近视精准防控临床中心基本要求

1 范围

本文件规定了儿童青少年近视精准防控临床中心的总体要求、区域与功能划分、设备、器械和药品、信息系统、人员、业务开展、公众健康教育、专业及临床研究能力提升等方面的基本要求。

本文件适用于医疗机构进行“儿童青少年近视精准防控临床中心”的建设及对儿童青少年开展近视防控业务。

注：儿童青少年指年龄为18周岁及以下的人群。

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 11533 标准对数视力表

GB 13511.1 配装眼镜 第1部分：单光和多焦点

GB 13511.2 配装眼镜 第2部分：渐变焦

YY 0673 眼科仪器 验光仪

YY/T 1484 眼科仪器 眼轴长测量仪

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

近视精准防控 myopia precise prevention and control

利用屈光发育档案和标准化近视诊疗流程，结合先进的检查设备、信息技术和近视进展干预方案，对近视发生和进展风险进行个性化识别和干预的近视防控模式。

3.2

近视进展干预 myopia progression interventions

以调整行为习惯、改造生活或学习环境、验配或使用各类干预方案等方式改变患者近视发展趋势的方法。

3.3

近视矫正 myopia correction

通过验配框架眼镜或角膜接触镜等方式，矫正患者的屈光不正，提高患者视力的方法。

3.4

延缓近视进展 myopia retardation

指相比近视矫正的情况下，能够使患者的近视屈光度及眼轴的进展速率得到延缓的干预方案。

注：延缓近视进展的方案可能同时具有近视矫正的功能。

3.5

近视前期 pre-myopia

综合考虑儿童青少年年龄、屈光和眼轴长度等多种因素，预计未来发生近视风险较高的屈光发

育阶段。

4 总体要求

4.1 机构性质

儿童青少年近视精准防控临床中心（简称“临床中心”）应取得《医疗机构执业许可证》，且诊疗科目含眼科。

4.2 临床中心建设

4.2.1 临床中心的建设应适应儿童青少年精准近视防控的需要，进行区域的设置和划分，设备、器械和药品，信息系统的配备，及相应的人员配置。

4.2.2 临床中心的业务开展应包括屈光筛查以及临床诊疗。

4.2.3 临床中心在公众健康教育和专业及临床研究方面的能力提升也应满足相应的要求。

5 区域与功能划分

5.1 临床中心面积和区域划分

临床中心的总建筑面积不应少于 80m²。

临床中心的区域划分主要包含功能区域和辅助区域，作用及分区方式见表 1。

表 1 临床中心的区域划分

类别	作用	分区
功能区域	开展近视防控的检查、验光、诊疗、验配等业务	检查区 验光区 诊疗区 验配区
辅助区域	提高就诊流程的效率和舒适度以及患者的满意度，并且通过辅助区域的划分、装潢、陈列，可同时发挥患者教育的功能	分诊 服务 候诊

5.2 功能区域

5.2.1 区域设置

临床中心各功能区域应有相对独立的空间划分，也可单独成室。应设置以下功能区域：

- a) 检查区；
- b) 验光区；
- c) 诊疗区；
- d) 验配区。

5.2.2 检查区

临床中心应设置检查区，用于完成患者的眼部相关检查。

5.2.3 验光区

临床中心应设置验光区，用于完成对患者的验光。

建议验光区独立于其它区域。验光区应满足如下要求：

- a) 能构成暗室；
- b) 有独立的照明，不受外界光源干扰；
- c) 照明设置、室内装潢不应形成眩光。

5.2.4 诊疗区

临床中心应设置诊疗区，用于完成日常诊疗工作。

5.2.5 验配区

临床中心应设置验配区，用于框架眼镜与角膜接触镜的验配。

角膜接触镜的验配区或验配室可用于指导接触镜配戴者正确摘戴镜片，进行镜片护理和卫生指导，完成镜片清洁、消毒及存储，并且实施试戴片系统的管理。

角膜接触镜的验配区或验配室的区域划分应包括：

- a) 清洁区：具有独立清洁水源的洗手池；
- b) 戴镜区；
- c) 存储区。

5.3 辅助区域

辅助区域的设置及作用如下：

- a) 挂号：用于挂号、收费等；
- b) 服务：用于分诊、引导；
- c) 候诊：用于信息填写、咨询讲解、就诊等候。可在此区域设置海报、电视、宣传册等医患沟通及患者教育相关内容。

6 设备、器械和药品

6.1 各区域的设备和器械配备要求

6.1.1 检查区

检查区应配备以下检查设备：

- a) 视力表：质量应符合 GB/T 11533；
- b) 电脑验光仪：质量应符合 YY 0673；
- c) 非接触式眼压计；
- d) 眼轴长测量仪：应采用光学生物测量技术测量眼轴长，测量仪质量应符合 YY/T 1484。

此外可根据业务需要配备以下检查设备：

- a) 瞳距仪；
- b) 角膜测厚仪；
- c) 角膜内皮计数仪；
- d) 角膜地形图仪；
- e) 眼前节综合分析仪；
- f) 眼底照相机；
- g) 眼光学相干断层扫描仪。

6.1.2 验光区

验光区应配备以下设备：

- a) 综合验光仪；
- b) 检影镜；
- c) 镜片箱；
- d) 试镜架。

6.1.3 诊疗区

诊疗区（或诊室）应配备以下设备和器械：

- a) 裂隙灯显微镜；
- b) 检眼镜。

开展角膜接触镜业务的应配备荧光素钠试纸。

诊疗区（或诊室）内宜陈列诊疗规范及有利于与患者进行沟通的辅助器具。

6.1.4 验配区

6.1.4.1 可在验配区或验配室设置用于与患者沟通近视矫正及近视进展干预方案选择的辅助工具，如海报、电视、宣传册、模型摆件等。

6.1.4.2 角膜接触镜验配区的各区域应配备的器械如下：

- a) 清洁区：不含芳香或润肤成分的洗手液/中性洗手液或肥皂、指甲钳、擦手纸（无毛絮）等；
- b) 戴镜区：操作台及可升降椅子、镜子，储存有干净毛巾、小水盆、护理液系统、生理盐水、润眼液、镜盒、吸棒等；
- c) 存储区：试戴片系统。

6.2 药品配备要求

临床中心应至少配备以下药品：

- a) 0.5%托吡卡胺或1%环喷托酯；
- b) 生理盐水。

临床中心宜配备1%阿托品。

7 信息系统

7.1 临床中心配备的信息系统应能够实施就诊管理工作，包括：

- a) 患者唯一标识的分配；
- b) 预约、就诊流程管理；
- c) 就诊历史管理；
- d) 工作量统计；
- e) 诊疗文档管理。

7.2 临床中心配备的信息系统宜能够完成医疗数据的进一步处理，包括：

- a) 与各检查设备互通，自动完成检查结果的汇总；
- b) 进行患者历次检查结果的展示；
- c) 对患者的检查数据、近视进展干预方案进行汇总分析；
- d) 使用标准数据接口，便于诊疗数据的传输共享；
- e) 各类框架眼镜及角膜接触镜的订单下达。

8 人员

8.1 临床中心应配置以下人员进行业务开展：

- a) 眼科医师至少1名：具有中级及以上专业技术职称，全面负责单位的业务管理、流程控制及教学和科研工作；
- b) 护理人员至少1名：持有中华人民共和国护士资格证书及执业证书，掌握眼科门诊常见的治疗操作，负责接待和指引、核对信息，辅助临床医师完成检查和治疗安排。

8.2 临床中心宜配备医技人员，引导患者完成检查，熟练掌握检查设备的操作，理解检查结果的准确性判断标准，完成检查设备的日常维护保养。

8.3 临床中心的人员宜相对固定。

9 业务开展

9.1 屈光筛查

9.1.1 基本要求

9.1.1.1 临床中心宜指导社区及学校开展屈光筛查工作，也可直接开展屈光筛查工作。

9.1.1.2 屈光筛查的周期宜不长于12个月。

9.1.1.3 在屈光筛查工作中，应对儿童青少年屈光发育档案进行建立和维护。

9.1.1.4 屈光发育档案的形式建议采用电子化存档，可采用纸质存档。

9.1.2 屈光筛查的流程和要求

9.1.2.1 屈光筛查的信息采集

屈光筛查中应完成以下信息采集：

- a) 身份证号、学校、年级等；
- b) 性别、年龄、身高、体重。

屈光筛查中宜进行以下信息的采集：

- a) 父母近视情况；
- b) 每天学习时长；
- c) 每天户外活动时长。

9.1.2.2 屈光筛查的检查

屈光筛查中应完成以下检查：

- a) 裸眼视力或戴镜视力检查；
- b) 非睫状肌麻痹状态下的验光。

屈光筛查中宜进行以下检查：

- a) 睫状肌麻痹状态下的验光；
- b) 眼轴长度及角膜曲率。

9.1.2.3 屈光筛查信息和检查结果的应用

采集的信息（9.1.2.1）和检查结果（9.1.2.2）可用于：

- a) 屈光发育档案的建立和维护；
- b) 进行近视风险分析预测并向筛查对象的监护人员进行反馈；
- c) 根据近视风险进行筛查对象的分类管理；
- d) 指导筛查对象调整日常用眼行为习惯并及时就诊。

9.2 临床诊疗

9.2.1 诊疗流程

诊疗流程分为综合眼健康检查、诊断及近视进展评估、干预方案选择、适配和患者沟通、随访跟踪等5个阶段（见图1）。

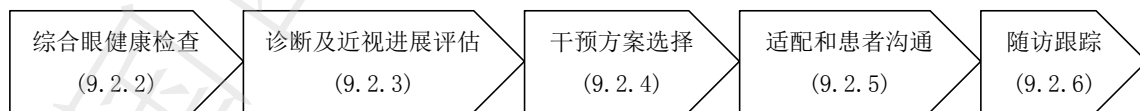


图1 临床中心临床诊疗的诊疗流程

9.2.2 综合眼健康检查

9.2.2.1 预检

预检应包括以下基础的检查项目：

- a) 双眼（裸眼或戴镜）远视力；
- b) 电脑验光；
- c) 眼轴长度及角膜曲率；
- d) 眼内压。

9.2.2.2 病史采集

病史采集应包括以下内容：

- a) 一般信息、年龄、性别、眼部和全身病史、眼部手术史、父母近视人数及程度；
- b) 用眼习惯：每日户外活动时长、每日近距离用眼时长；
- c) 对于已经诊断近视的患者，还需采集近视发生年龄、初次发现近视时的度数、近视发展过程、既往的近视矫正或延缓近视进展方案及应用的依从性。

9.2.2.3 入门检查

入门检查应包括眼位（角膜映光法及遮盖试验）、眼球运动、瞳孔大小及对光反射、色觉等检查。其它视功能检查（调节幅度、集合近点、立体视觉、视野等）可在综合考虑屈光状态、近视进展情况 and 干预方案等因素后酌情进行。

9.2.2.4 验光

验光应包括客观验光、主观验光、最佳矫正视力检查，上述检查是否需要在睫状肌麻痹状态下进行可酌情选择。

9.2.2.5 裂隙灯显微镜检查

应在裂隙灯显微镜下进行外眼及眼前节检查，宜使用前置镜、三面镜、房角镜等器械对眼后段、房角等进行细致检查。对以下情况的患者宜额外进行干眼的评估：

- a) 配戴各类角膜接触镜；
- b) 长期使用含有上皮毒性成分（防腐剂）的滴眼液。

9.2.2.6 眼底检查

患者宜每年进行至少 1 次眼底检查。对于有异常发现的，应定期进行眼底照相、光学相干断层扫描（OCT）等检查予以记录和进一步分析。

9.2.2.7 其他特殊检查

可根据患者的情况和 9.2.4 中的干预方案需要酌情进行前房角、视野、角膜地形图、角膜内皮显微镜、波前像差、脉络膜厚度等特殊检查。

9.2.3 诊断及近视进展评估

9.2.3.1 诊断

临床医师应根据 9.2.2 的各项检查结果进行以下评估。

- a) 判断患者的屈光状况。
- b) 完成近视的分类，建议的近视和高度近视诊断标准如下：
 - 1) 近视：屈光不正等效球镜度 $\leq -0.50D$ ；
 - 2) 高度近视：屈光不正等效球镜度 $\leq -6.00D$ 。
- c) 完成近视进展评估（见 9.2.3.2）。
- d) 排除其它眼部的器质性或功能性疾病。

9.2.3.2 近视进展评估

临床医师应进行近视进展评估，可利用信息系统（7.2）辅助完成。内容包括：

- a) 结合近视的发展速率和眼轴增长速率，完成对患者既往的近视进展速率的判断；
- b) 结合患者的多项因素，完成对患者未来近视进展的风险的预期。

9.2.3.3 近视前期

在缺少多因素综合分析条件的情况下，可单独应用儿童青少年的屈光不正等效球镜度作为近视前期的判断指标。6 周岁~11 周岁儿童青少年近视前期的建议指标如下：

- a) 6 周岁， $-0.50D < \text{等效球镜度} < +0.75D$ ；
- b) 7 周岁~8 周岁， $-0.50D < \text{等效球镜度} < +0.50D$ ；
- c) 9 周岁~10 周岁， $-0.50D < \text{等效球镜度} < +0.25D$ ；
- d) 11 周岁， $-0.50D < \text{等效球镜度} \leq 0D$ 。

9.2.3.4 近视进展平稳

对已近视且近视度数增加及眼轴长度增长均较缓慢或不进展的患者，宜认定为近视进展平稳。宜将同时满足以下两项进展情况的患者定义为近视进展平稳：

- a) 近视度数每年增长 $\leq 0.50\text{D}$ ；
- b) 眼轴长度增长每年 $\leq 0.30\text{mm}$ 。

9.2.3.5 近视快速进展

对已近视，且近视度数增加或眼轴长度增长较快的患者，宜认定为近视快速进展。宜将满足以下任意一项进展情况的患者定义为近视快速进展：

- a) 近视度数每年增长 $> 0.50\text{D}$ ；
- b) 眼轴长度增长每年 $> 0.30\text{mm}$ 。

9.2.4 干预方案选择

9.2.4.1 选择原则

选择干预方案应考虑干预方案的安全性、有效性和可操作性，可参考以下原则：

- a) 对于近视前期儿童青少年，干预方案以行为干预（包括增加户外时间、规范读写姿势、改变生活及学习环境等）为主；
- b) 对于近视进展平稳的患者，干预方案以近视矫正为主；
- c) 对于近视快速进展且有延缓近视进展意愿的患者，在近视矫正的基础上，可额外选择延缓近视进展的干预方案。

9.2.4.2 干预方案类别

临床中心应为患者选择以下合适的近视干预方案。

- a) 行为干预：如增加户外时间，规范读写姿势等。
- b) 光学干预，包括：
 - 1) 单光框架眼镜；
 - 2) 单光角膜接触镜；
 - 3) 特殊（近视控制）设计的框架眼镜；
 - 4) 特殊（近视控制）设计的日戴软性角膜接触镜；
 - 5) 夜戴角膜塑形镜。
- c) 药品：如低浓度阿托品滴眼液等。
- d) 上述多种方案联合使用。

9.2.5 适配和患者沟通

9.2.5.1 干预方案适配

临床中心应能够进行常规框架眼镜验配。

临床中心宜开展以下干预方案适配或临床诊疗服务：

- a) 特殊（近视控制）设计的框架眼镜验配；
- b) 软性角膜接触镜验配；
- c) 硬性透气性角膜接触镜（RGP）验配；
- d) 角膜塑形镜验配；
- e) 斜弱视矫治。

9.2.5.2 框架眼镜配装和质量控制

9.2.5.1 中的各类框架眼镜应按照 GB 13511.1 及 GB 13511.2 的相关规定进行配装和质量控制。

9.2.5.3 患者沟通

在适配干预方案的同时，应进行细致的患者沟通。患者沟通的目的为帮助患者：

- a) 了解干预方案的目的；
- b) 设定合理的期望；

- c) 充分认识可能的风险，做到知情同意；
- d) 理解各类干预方案随访过程中需要的配合，加强依从性。

9.2.6 随访跟踪

9.2.6.1 随访周期

随访周期应取决于以下因素：

- a) 儿童青少年的屈光状态和近视进展情况；
- b) 患者自身的器质性或功能性病变；
- c) 对患者应用的干预方案的特殊需要；
- d) 便利性和可操作性；
- e) 随访过程中的实际需要。

未近视且不处于近视前期的儿童青少年的随访周期宜不长于 12 个月。

近视前期或只进行近视矫正的儿童青少年的随访周期宜不长于 6 个月。

9.2.6.2 随访内容

随访内容应包括：

- a) 更新主诉和病史；
- b) 患者自身的反馈；
- c) 验光；
- d) 眼轴长度及角膜曲率检查；
- e) 患者的视功能改变；
- f) 患者的外眼及眼前节改变；
- g) 所选择的干预方案的安全性及有效性评估；
- h) 患者的依从性评估。

9.2.6.3 干预方案的调整和终止

干预方案的调整或终止应考虑以下因素：

- a) 干预方案的短期和长期有效性；
- b) 干预方案的必要性；
- c) 干预方案的安全性及患者对不良反应的耐受能力；
- d) 患者的实际依从性、经济负担及可行性；
- e) 患者对于干预方案的期望是否切实；
- f) 患者的其它实际状况。

10 公众健康教育

10.1 临床中心应积极开展和参与各类与近视防控及眼健康相关的公众健康教育项目及内容的共建和传播。

10.2 公众健康教育的对象为所有社会大众，重点对象为：

- a) 处在视觉发育期的儿童青少年及其所在家庭的成员；
- b) 幼儿园、小学、中学的教师和医疗保健工作者。

10.3 公众健康教育的内容包括但不限于：

- a) 一般性的眼健康知识；
- b) 视觉发育及近视发展相关的知识；
- c) 近视预防相关的知识及行为干预方案；
- d) 近视进展干预方案的应用方式和注意事项；
- e) 眼健康检查及就医相关的知识和注意事项。

10.4 公众健康教育的形式可包括：

- a) 临床中心自行发起或组织的活动；
- b) 多个临床中心共同发起或参与的活动、调研、访谈、报告制作、讲座等；
- c) 在互联网传播平台或医疗平台进行近视防控及眼健康科普内容的共建和传播。

11 专业及临床研究能力提升

11.1 专业能力提升

临床中心应提升医疗专业人员在近视防控方面的专业能力，形式与内容包括但不限于：

- a) 医学继续教育；
- b) 专业技能培训；
- c) 患者沟通和公众健康教育培训；
- d) 医疗机构管理培训。

11.2 临床研究能力提升

临床中心应提升其开展或参与近视防控及眼健康相关的临床研究的能力，临床研究的领域包括但不限于：

- a) 屈光筛查系统建设及筛查结果应用；
- b) 近视前期、近视快速进展等诊断的阈值完善；
- c) 近视进展干预方案的安全性和有效性评估。

参考文献

- [1] 近视防治指南[EB/OL]. (2018-06-05) [2022-01-26]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7652/201806/41974899de984947b8faef92a15e9172.shtml>.
- [2] 《儿童青少年近视防控适宜技术指南（更新版）》及解读[EB/OL]. (2021-10-11) [2022-01-26]. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s5899tg/202110/65a3a99c42a84e3f8a11f392d9fea91e.shtml>.
- [3] 教育部等八部门关于印发《综合防控儿童青少年近视实施方案》的通知[EB/OL]. (2018-08-30) [2022-01-26]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A17/moe_943/s3285/201808/t20180830_346672.html.
- [4] 教育部办公厅等十五部门关于印发《儿童青少年近视防控光明行动工作方案（2021—2025年）》的通知[EB/OL]. (2021-04-30) [2022-01-26]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A17/moe_943/s3285/202105/t20210511_530655.html.
- [5] 国家卫生健康委关于印发“十四五”全国眼健康规划（2021-2025年）的通知[EB/OL]. (2022-01-11) [2022-01-26]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653/202201/d607d24b6b1c4bd9b827eedf41eff820.shtml>.
- [6] Gifford Kate L, Richdale Kathryn, Kang Pauline et al. IMI - Clinical Management Guidelines Report. [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2019, 60: M184-M203.
- [7] 中华医学会眼科学分会斜视与小儿眼科学组. 中国儿童睫状肌麻痹验光及安全用药专家共识(2019年)[J]. 中华眼科杂志, 2019, 55(1):7-12. DOI:10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2019.01.003.
- [8] Wolffsohn James S, Jong Monica, Smith Earl L et al. IMI 2021 Reports and Digest - Reflections on the Implications for Clinical Practice. [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2021, 62: 1.
- [9] Zadnik Karla, Sinnott Loraine T, Cotter Susan A et al. Prediction of Juvenile-Onset Myopia. [J]. JAMA Ophthalmol, 2015, 133: 683-9.
- [10] Flitcroft Daniel Ian, He Mingguang, Jonas Jost B et al. IMI - Defining and Classifying Myopia: A Proposed Set of Standards for Clinical and Epidemiologic Studies. [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2019, 60: M20-M30.
- [11] 中华医学会眼科学分会眼视光学组. 儿童屈光矫正专家共识(2017)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2017, 19(12):705-710. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-845X.2017.12.001.
- [12] 姜珺. 近视管理白皮书(2019)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2019, 21(3): 161-165.
- [13] 中华医学会眼科学分会眼视光学组, 中国医师协会眼科医师分会眼视光学专业委员会, 中国非公立医疗机构协会眼科专业委员会眼视光学组, 等. 角膜塑形镜验配流程专家共识(2021)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2021, 23(1):1-5. DOI:10.3760/cma.j.cn115909-20201201-00464.
- [14] 汪东生. 儿童青少年近视眼检测与防控的应用标准[J]. 中华眼科医学杂志: 电子版, 2018 (6): 276-288.