台灣發生盡是的年齡有兩個尖峰段

1. 7~8
2. 13~14

近視一旦產生就會以一定的數度增加，

小一~小四 100~125

小四~國三 75~100

高中後 50~75

大學 25

台灣近視有三項特點，第一、發生得早；第二、盛行率高；第三、高

度近視比率高。依林隆光等人在台灣針對近視發生年齡及近視進行速度作

縱系列之研究，發覺台灣近視發生之年齡有兩個尖峰時段，一是 7 至 8 歲，

另一是 13 至 14 歲。而近視一產生之後會以一定的速度增加進行，一般而

言，小一至小四平均每年增加-1.0 至-1.25D，而小四至國三平均增加-0.75

至-1.0D，高中後速度減緩平均-0.5 至-0.75D，而大學後大約每年只增加

-0.25D。所以愈早產生近視將來變成高度近視的機會也就愈大。

結論： 1.近視是全世界相當普遍的眼睛疾病，而且每一個地區都是在增加。 2.近視率以亞洲地區，台灣，日本，新加坡，香港為最高，尤其是漢人種。 3.即使同一基因，同一人種，環境因素不同均影響近視率。而且基因與雙 胞胎的研究均很難排除遺傳及環境因素相互作用的關係。 4.環境因素包括很多，如教育作用，近距離工作，城鄉差距，光線，調視 和集聚作用，職業，視力模糊，甚至眼壓或早產均會影響近視率。 3 5.寬廣的視野，充足的光線，減少長時間近距離的工作，花更多時間在戶 外應可減緩近視之產生及進行。 6.近視在青少年時期是會隨著年齡而進行，平均每年約-0.5D，亞洲地區更 快約-0.6D，愈早產生近視且母親有近視或10歲以前產生，近視進行均比 一般人快。 7.雙焦眼鏡，漸進式多焦點眼鏡，對近視進行控制仍均無明顯效果。 8.隱形眼鏡對近視進行之控制也不佳，角膜塑型術只是暫時性降低度數， 對隱形眼鏡過夜戴仍要極度小心，並早期發現併發症。 9.近視的藥物治療，目前以Atropine配合漸進式多焦點眼鏡最有效，但由 於長時間散瞳及畏光仍有待進一步長時間追蹤。 10.高度近視併發症中，視網膜剝離常是由於格子狀變性所造成。 11.黃斑部病變是由於黃斑部地區產生視網膜出血，漆裂狀萎縮及斑塊狀萎 縮，會造成程度不一的視力障礙，年齡老化是造成黃斑部視網膜退化的 主因。 12.脈絡膜新生血管常是造成中心視力障礙的原因，傳統雷射光凝固術或手 術移除及中心窩移轉手術都效果不佳。目前雷射光動力療法可被期待， 但仍有待長時間觀察。 13.近視和青光眼常合併產生，而且由於近視會影響青光眼視神經陷凹及視 神經纖維層或眼壓及視野的判定，所以更應小心診斷。 14.白內障（尤其核性及後囊型）常合併高度近視產生，核性白內障常表現 出近視度數快速增加。 建議： 1.近視是全世界都在增加的眼睛疾病，要讓其減少或不增加誠屬不容易。 由遺傳來看，人種可能是一個因素如漢人是最容易產生的，但環境因素 更重要，寬廣的視野，充足的光線，減少長時間近距離的工作，花更多 時間在戶外應可避免或減緩近視。 2.由於近視產生之後會依一定速度進行，而且愈早產生近視，近視增加愈 快，所以避免近視之增加最重要是避免其產生，依台灣2000年全國青少 年視力調查報告，小學一年級已有21％近視，全國平均屈光值在8歲已偏 4 5 向近視，所以近視的預防應提前至5歲，而且視力的變化並非最好的評估 值，所以定期追蹤最重要，當屈光度-0.25D便應開始處置。 3.近視利用許多方法，雙焦或漸進多焦眼鏡及隱形眼鏡均無法有效控制近 視進行，Atropine和漸進多焦的眼鏡合用雖可控制近視進行，但仍有待 長時間觀察。 4.高度近視併發症如視網膜剝離，黃斑部病變，青光眼，白內障，若不注 意均會造成失明，所以應定期檢查，早期發現早期治療。 5.預防勝於治療，假如不要讓近視產生就不會有那麼多的問題及煩惱。