

# 醫療程序資訊 - 角膜塑形術

Hosp No. : HKID No.:

Case No. :

Name :

DOB : M/F

Adm Date : Contact No.:

## 1. 簡介

- 1.1. 角膜塑形術(或角膜矯形術 / Ortho-K) 是矯正近視的光學方法(非手術性)。
- 1.2. 透過睡覺時佩戴專門設計的硬性透氣隱形眼鏡,從而改變角膜形狀來達到矯正近視的目的。
- 1.3. 角膜塑形術已被證實能有效減緩兒童近視加深,其成效因人而異。
- **1.4.** 近視度數在完全矯正之前,佩戴者可能需要暫時在日間佩戴眼鏡或拋棄形軟性隱形眼鏡來幫助矯正 剩餘近視。
- **1.5.** 角膜塑形術只是一種臨時措施,並需要定期佩戴(每晚或隔晚)角膜塑形鏡片以維持效果。一旦停止佩戴,矯正近視的效果將會消失。
- 1.6. 當角膜塑形術矯正近視的效果穩定後,一般使用者在日間無須佩戴眼鏡矯正視力。近視度數較高的使用者,則可能仍須在日間佩戴眼鏡以矯正剩餘的近視或散光。
- **1.7.** 佩戴者可能在治療的首年需要更換多於一副鏡片。換鏡的次數因人而異(通常三個月內),由視光 師驗配檢查後決定,換鏡後如發現效果仍不理想(少數人),有機會建議停止使用,已付款項不設 银回。
- 1.8. 佩戴者有權在治療的任何階段終止治療。
- 1.9. 在整個過程中,年幼的使用者應由父母或照顧者陪同。再者,父母的支持對於治療也很重要。
- 1.10. 父母或法定監護人應在場以簽署同意書。
- 1.11. 以下情况不適合接受 Ortho-K:
  - 1.11.1. 眼疾(如:錐型角膜、眼睛感染、眼球震顫)
  - 1.11.2. 嚴重缺乏淚水分泌
  - 1.11.3. 睡眠時間不足 6 小時
  - 1.11.4. 不能正確使用隱形眼鏡
  - 1.11.5. 不能定期出席眼科覆檢
  - 1.11.6. 不能遵從眼科醫生或視光師的指引

### 2. 治療前之準備

- 2.1. 治療前會進行詳細眼睛檢查,以篩查是否適合進行角膜塑形。
- 2.2. 治療前須停止佩戴隱形眼鏡:
  - 2.2.1. 軟性隱形眼鏡:須停戴1星期
  - 2.2.2. 硬性隱形眼鏡:須停戴2星期
- 2.3. 治療前會用角膜地形儀量度角膜的弧度,以計算鏡片的設計。
- 2.4. 為監控近視的發展,在開始治療前,會進行眼球長度量度。

#### 3. 程序

- 3.1. 隱形眼鏡驗配
  - 3.1.1. 視光師會進行隱形眼鏡驗配
  - 3.1.2. 佩戴者戴著隱形眼鏡閉上眼睛三十分鐘後,視光師會檢查鏡片和眼角膜的狀況
  - 3.1.3. 如果隱形眼鏡試戴的結果未如理想,會安排另一天再重新驗配
  - 3.1.4. 當隱形眼鏡試戴的結果理想,佩戴者亦決定開始治療,訂製隱形眼鏡的程序便會開始
- 3.2. 隱形眼鏡領取
  - 3.2.1. 佩戴者及其家長或照顧者(如佩戴者為小朋友)均須學習隱形眼鏡的使用和護理方法
  - 3.2.2. 有些佩戴者可能需要多於一次學習佩戴時段



GEYE-F08C-R2-02/25 Page 1 of 4

Hosp No. : HKID No.:

Case No. :

Name :

DOB: M/F

Adm Date : Contact No.:



# 醫療程序資訊 - 角膜塑形術

3.2.3. 當佩戴者及其家長或照顧者均能正確及安全地使用隱形眼鏡,佩戴者才能領取隱形眼鏡回家

**3.2.4.** 佩戴者雖自行購買硬性隱形眼鏡護理用品,如:多功能護理液、生理鹽水、鏡片清潔液、除蛋白清潔液及工具等

## 3.3. 佩戴鏡片後第一日覆檢

- **3.3.1.** 需要在佩戴鏡片後的第一日早上(起床後的兩小時內)進行覆檢。(每佩戴一對新鏡片也要 重複上述步驟)
- 3.3.2. 佩戴者需要佩戴著鏡片進行第一日覆檢,以檢查鏡片是否合適
- 3.3.3. 移取鏡片後,會進行角膜地形測量、視力檢查和角膜健康檢查,從而了解鏡片是否居中、近視矯正情況和角膜反應
- 3.3.4. 視光師會因應檢查結果,決定佩戴者能否繼續進行治療,或需重新驗配

### 4. 定期覆檢

- **4.1.** 必須出席定期覆檢,以確保佩戴者的眼睛健康。若沒有定期覆檢可導致潛在的眼部問題,或降低治療效果。
- **4.2.** 第一次覆檢後若佩戴結果良好,第一年療程內的覆檢將在 1 週後、2 週後、1 個月後,然後每 3 個月 進行。
- 4.3. 因應眼睛的狀況,亦可能需要額外的覆檢。
- 4.4. 驗配鏡片當日及半年覆檢時會做眼球長度檢查,以跟維度數有否加增。

# 5. 定期隱形眼鏡更換

- 5.1. 隱形眼鏡應每年更換,或因應鏡片的情況更換。
- 5.2. 定期鏡片更換可以減低角膜感染等風險。
- 5.3. 需要在佩戴新鏡片後的第一日早上(起床後的兩小時內),佩著鏡片進行覆檢。
- 5.4. 其後建議一星期,一個月及每3個月進行定期覆檢。因應眼睛的狀況,亦可能需要額外的覆檢。

#### 6. 可能出現的風險

- 6.1. 結膜炎、眼紅、分泌物、疼痛、角膜血管增生、角膜感染、角膜水腫等。其他風險包括:近視矯正 前期視力不穩定、剩餘近視、新增散光、眩光重影、夜視減退。
- 6.2. 一般而言,遵循適當的指示和正確使用鏡片,並且配合定期覆檢,這些風險出現的機會可減至最低。
- 6.3. 如有任何問題(視力減退或任何不適),佩戴者應立即停止使用鏡片,並立刻安排眼科醫生或視光 師的檢查。

#### 7. 隱形眼鏡護理

- 7.1. 請使用硬性隱形眼鏡清潔液清潔鏡片,硬性隱形眼鏡護理液進行 Ortho-k 鏡片的消毒和浸泡。此外,每週使用鏡片去除蛋白護理液。不要用自來水沖洗隱形眼鏡,而是使用隱形眼鏡生理鹽水。
  - 有關鏡片的護理:
    - a) 用肥皂和水徹底洗手
    - b) 清潔後用乾淨的紙巾徹底擦乾雙手
    - c) 請先取下右眼的鏡片
    - d) 取下鏡片後,用日常鏡片清潔劑擦拭鏡片的兩側(每邊 10 秒)
    - e) 儲存或使用前用鹽水沖洗鏡片
    - f) 倒入新的多功能消毒液浸泡鏡片

取下左鏡片,然後重複(d)-(f)





# 醫療程序資訊 - 角膜塑形術

Hosp No. : HKID No.:

Case No. :

Name :

DOB : M/F

Adm Date : Contact No.:

**7.2.** 隱形眼鏡配件如隱形眼鏡盒等也必須特別注意護理和處理。眼鏡盒要每星期消毒及每月更換。 有關鏡片配件的的護理:

## 日常清潔

- a) 用肥皂和水徹底洗手
- b) 清潔後用乾淨的紙巾徹底擦乾磁頭
- c) 用日常鏡片清潔劑或多功能消毒液清潔擦洗鏡片盒(或鏡片除戴工具,如有使用)
- d) 用鹽水徹底沖洗所有物品
- e) 將所有物品擦乾,然後在陰涼乾燥的地方風乾
- f) 請勿將配件存放在潮濕的地方

#### 每週消毒

- a) 清潔後,請將所有配件(Ortho-k 鏡片除外)放入容器中,倒入剛煮沸的蒸餾水中以覆蓋所有物品
- b) 蓋上蓋子,使其浸泡 10 分鐘
- c) 取出配件,用乾淨的紙巾擦乾多餘的水,並將其面朝下風乾
- **7.3.** 如鏡片破損,請停止使用及盡快聯絡視光師,視光師將個別情況給予指示。重訂鏡片需繳付額外費 用。

# 8. 佩戴鏡片的注意事項及與鏡片佩戴相關的潛在問題

- 8.1. 角膜反應和矯正速度是因人而異。
- 8.2. 角膜損傷(表面的損傷通常在數小時內瘉合)。
- 8.3. 鏡片與眼睛貼附(視光師會在新配鏡片時,指導如何鬆開貼附的鏡片)。
- 8.4. 鏡片移位(視光師會在新配鏡片時,指導如何把鏡片正位)。
- 8.5. 對護理藥水過敏(會建議轉用其他護理藥水)。
- 8.6. 矯正近視期間視力不穩定(可能由於前一天晚上戴塑形鏡時沒有正確居中)。

## 9. 備註

9.1. 以上所提供的醫療程序資料只供參考,而對於某類病人或個別人士可能發生的風險未能盡錄。如有 查詢,請與您的視光師聯絡。

#### 10. 聯絡電話

10.1. 眼科專科門診電話 +852 31539068

 星期一至五
 9:00am – 6:00pm

 星期六
 9:00am – 1:00pm

星期日及公眾假期 休息

10.2. 醫院電話 +852 31539000 服務熱線 +852 21221333

10.3. 眼科專科門診 電郵 soceec@gleneagles.hk



網上預約二維碼



GEYE-F08C-R2-02/25 Page 3 of 4

Hosp No. : HKID No.:

Case No. :

Name :

DOB : M/F

Adm Date : Contact No.:



# 醫療程序資訊 - 角膜塑形術

# 11. 參考資料

- 11.1. Cho, P., Cheung, S. W., Mountford, J., & White, P. (2008). Good clinical practice in orthokeratology. Contact Lens and Anterior Eye, 31(1), 17-28.
- 11.2. Cho, P. et al. (2012). Orthokeratology Practice. A Basic Guide for Practitioners.
- 11.3. Orthokeratology Informed Consent Form. The Hong Kong Academy of Orthokeratology.

本人明白以上關於手術或程序之資訊;本人亦有機會對病情及治療方案提出疑問,並獲得充分的解答。

病人/家屬簽署:	
病人/家屬姓名:	
日期:	

