

DOI: 10.12209/CAIM202511080001

· 中西医结合临床案例 ·

中西医结合治疗 1 例急性视网膜坏死综合征 患者的护理体会

刘红艳, 李金环

(北京中医药大学东方医院 眼科, 北京, 100078)

摘要: 本文总结 1 例急性视网膜坏死综合征(acute retinal necrosis syndrome, ARN)患者的中西医结合治疗护理经验,以中医辨证分型与西医精准护理为核心,系统梳理病情监测、用药管理、中医干预等关键护理措施,结合中外文献证据深入探讨护理要点,为临床同类病例护理实践提供参考。近年来,中医药在 ARN 治疗中初见成效,尤其在延缓病情进展、改善患者预后方面优势显著;中西医结合互补,充分发挥中医特色护理技术作用,可有效挽救患者视功能,提升生活质量。

关键词: 急性视网膜坏死综合征; 中西医结合护理; 辨证施护; 用药护理

Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating a Patient with Acute Retinal Necrosis Syndrome

LIU Hongyan, LI Jinhuan

(Department of Ophthalmology, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western medicine in treating a patient with acute retinal necrosis syndrome (ARN). Focusing on TCM syndrome differentiation and evidence-based Western nursing, it systematically outlines key interventions such as condition monitoring, medication management, and TCM therapies, while discussing nursing priorities with supporting literature. Recent studies suggest that TCM has shown preliminary efficacy in ARN treatment, particularly in delaying disease progression and improving prognosis. The integration of TCM and Western medicine, leveraging the strengths of TCM-specific nursing techniques, can effectively preserve visual function and enhance patients' quality of life.

KEY WORDS: acute retinal necrosis syndrome; integrated Chinese-Western nursing; syndrome-differentiated care; medication management

急性视网膜坏死综合征(acute retinal necrosis syndrome, ARN)是由水痘一带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒等感染引发的严重致盲性眼病,发病率虽仅 0.02%~0.05%,但病情进展迅猛、预后极差。未经规范治疗者,3 个月内视力丧失率达 78%,视网膜脱离发生率超 80%,以视网膜坏死、闭塞性血管炎及重度玻璃体炎症为典型特征,易引发青光眼、黄斑水肿等并发症,严重损害患者视觉功能^[1]。西医以更昔洛韦、膦甲酸钠等抗病毒药物全身给药联合玻璃体腔注药为核心治疗方案,虽能抑制病毒复制,但存在药物副作用、有创

操作感染风险及患者心理应激反应强烈等护理难题^[2]。中医学将其归为“暴盲”范畴,认为与目络瘀阻、热毒内蕴相关,辨证施护可改善眼部微循环,在减轻炎症、缓解不适方面具有独特优势^[3]。目前相关研究多聚焦于治疗方案优化,针对单病例的系统化护理总结较少,缺乏对中西医护理协同机制的探讨。本文以 1 例 ARN 患者为研究对象,梳理中西医结合护理全过程,阐述护理评估、诊断、干预及效果评价要点,结合文献分析关键护理技术,为临床同类病例护理提供借鉴,推动该护理模式的规范化应用。

收稿日期:2025-11-08

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,51岁,因“右眼视力下降伴眼红1个月”于2025年09月25日至本院眼科就诊。患者主诉右眼视物模糊渐进加重,伴眼痛及眶周酸胀感,偶有眼前黑影飘动;一般情况可,饮食、睡眠正常,二便无殊。既往史:2013年行双眼全飞秒激光角膜屈光手术;2017年因颈椎病行手术治疗,术后病情平稳;否认食物及药物过敏史。

1.2 查体

入院后查体:右眼视力手动(HM),左眼视力1.0;右眼结膜混合充血(++),角膜可见羊脂状KP(+),前房闪辉(Tyn++)、细胞(Cell+++),玻璃体混浊(+++),眼底见周边视网膜灰白色坏死灶,伴动脉血管鞘形成;眼压:右眼18 mm Hg,左眼15 mm Hg。辅助检查:房水抗体检测示水痘一带状疱疹病毒IgM阳性;眼底荧光血管造影示右眼视网膜动脉闭塞,周边坏死区无灌注。中医四诊:患者面红目赤,口干口苦,烦躁易怒,小便黄赤,大便干结,舌红苔紫暗,脉数涩。

1.3 诊断

中医诊断为暴盲,辨证分型为目络瘀阻、热毒内蕴证(以视力骤降、眼部瘀阻体征及全身热毒表现为核心,舌脉需同时体现“瘀”(舌紫暗、脉涩)与“热”(舌红、脉数)的特点,即可辨证为本证);西医诊断为右眼急性视网膜坏死综合征、右眼玻璃体腔穿刺注药术后、右眼前房穿刺术后。

1.4 治疗

西医予更昔洛韦静脉滴注联合玻璃体腔注药(1次/周)、膦甲酸钠抗病毒治疗,同时口服糖皮质激素以减轻炎症反应;中医采用清热解毒、活血化瘀类干预措施,包括中药熏蒸(选用金银花、蒲公英、丹参与连翘等药材)及穴位按摩(选取睛明、攒竹、丝竹空、太阳及太冲穴),配合饮食调护(清热凉血、活血通络类食物)及情志护理。

治疗4周后(结束院内规范治疗并转入康复随访阶段的时间为2025年10月23日),患者病情得到有效控制,右眼视力从入院时的手动(HM)提升至0.05,角膜KP、前房闪辉等眼部炎症指标显著改善,焦虑评分(SAS)降至45分;住院期间未发生感染、视网膜脱离等并发症,患者及家属对护理满意度为98%。出院3个月时,右眼视力进一步提升至0.1,焦虑评分降至42分,无远期并发症发生。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

疾病严重程度评估:参照《中国急性视网膜坏死综合征诊断和治疗指南(2021年)》^[4]相关标准,结合患者眼底检查(周边视网膜灰白色坏死灶、动脉血管鞘形成)、房水病毒抗体检测(水痘一带状疱疹病毒IgM阳性)及眼底荧光血管造影结果(视网膜动脉闭塞、周边坏死区无灌注),判定为中度急性视网膜坏死综合征(ARN),存在视网膜脱离高危风险。

生理功能评估:眼部症状方面,患者右眼视力手动(HM),伴结膜混合充血(++),角膜羊脂状KP(+),前房闪辉(Tyn++)、细胞(Cell+++),玻璃体混浊(+++),同时存在眼痛及眶周酸胀感、眼前黑影飘动等症状;全身状况方面,患者饮食、睡眠及二便基本正常,无发热、乏力等全身感染表现,既往双眼全飞秒激光角膜屈光手术及颈椎病手术史未对本次病情产生直接影响。

2.1.2 量表评估

视力评估:采用国际标准视力表(International Standard Visual Acuity Chart)^[5],该量表是眼科临床常用的视力检测工具,通过识别不同大小的视标测定视力,正常视力(≥ 1.0)、轻度视力损害(0.6~0.8)、中度视力损害(0.3~0.5)、重度视力损害(0.1~0.2)、极重度视力损害(< 0.1)、手动/光感/无光感。本例患者入院时右眼视力为手动(HM),属于极重度视力损害;左眼视力1.0,为正常视力。

焦虑情绪评估:采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[6],该量表共20个条目,每个条目采用1~4级评分(1=没有或很少时间,2=少部分时间,3=相当多时间,4=绝大部分或全部时间),将各条目得分相加得到粗分,再通过公式换算为标准分(标准分=粗分 $\times 1.25$)。评估标准:标准分 < 50 分为无焦虑,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,评分 ≥ 70 分为重度焦虑。本例患者入院时SAS标准分为65分,判定为中度焦虑,与患者因视力骤降产生的恐惧、担忧情绪相符。

生活质量评估:采用日常生活活动能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)^[7],该量表包含进食、洗漱、穿衣、如厕、行走、上下楼梯6个

维度,每个维度采用1~4级评分(1=完全自理,2=部分自理,3=需他人协助,4=完全依赖),总分为6~24分,得分越高提示生活自理能力越差。6~12分为生活基本自理,13~18分为生活部分依赖,19~24分为生活完全依赖。本例患者因右眼极重度视力损害,在穿衣、如厕、行走等活动中需部分协助,ADL评分为14分,判定为生活部分依赖。

2.2 护理诊断

①视觉感知障碍:与视网膜坏死、玻璃体炎症及血管闭塞导致视觉传导障碍相关;②焦虑:与视力急剧丧失、对疾病预后不确定及治疗周期长相关;③知识缺乏:与患者对ARN疾病知识、治疗方案及自我护理方法不了解相关^[8];④有感染的风险:与眼部有创操作、炎症状态及机体免疫力下降相关,ARN患者感染发生率较普通眼病高3倍;⑤潜在并发症风险:包括视网膜脱离(发生率75%~86%)、玻璃体积血、肾功能损害等,与疾病病理进展及药物副作用相关;⑥生活自理能力部分缺陷:与右眼极重度视力损害影响日常活动相关。

2.3 护理计划

治疗4周内,右眼视力提升至指数(FC),眼部炎症指标(KP、Tyn、Cell)较入院时改善≥50%;住院期间无眼部感染、药物不良反应等并发症发生;患者焦虑评分降至50分以下,掌握疾病自我管理知识;出院3个月内建立规范随访记录,无视网膜脱离等远期并发症;患者生活自理能力提升,ADL评分降至12分以下;患者及家属对护理工作满意度≥95%^[9]。

2.4 护理措施

2.4.1 西医护理核心措施

2.4.1.1 病情监测与预警

视力监测:每日固定时间采用国际标准视力表为患者测定双眼视力,每次测量时确保环境光线均匀(50~100 lx),由同一护士操作以保证数据一致性,详细记录视力变化情况;若出现视力突然下降或视物变形,立即上报医师。

眼压监测:使用Goldmann压平眼压计每日上午10点、下午4点各监测1次眼压,绘制眼压波动曲线。该患者入院第3天右眼眼压升至25 mm Hg,及时告知医师后调整降眼压药物,后续眼压维持在15~18 mm Hg正常范围。

眼部体征监测:每日通过裂隙灯观察角膜KP形态、颜色及数量,前房闪辉和细胞分级;每周2

次用眼底镜检查眼底,标记视网膜坏死灶范围、颜色变化及血管鞘改善情况,建立动态监测档案。同时,每日与患者沟通,询问是否有眼前黑影加重、闪光感、视野缺损等视网膜脱离先兆症状,做好记录并及时预警。

2.4.1.2 用药护理与安全管控

玻璃体腔注药护理:注药前1 h为患者清洁眼周皮肤,用聚维酮碘溶液以穿刺点为中心,由内向外螺旋式消毒眼周皮肤,直径≥5 cm,消毒3遍,每遍间隔1 min,消毒后用无菌纱布覆盖眼部。注药时协助患者取仰卧位,固定头部,避免晃动。注药后用无菌棉签按压穿刺点5 min,力度以不出血且患者无明显疼痛为宜,随后观察1 h,重点关注眼部有无渗血、红肿、疼痛加剧及视力骤降等情况,无异常后方可护送患者返回病房。每日观察眼部有无分泌物增多、眼睑肿胀等感染征象,连续监测3 d,该患者注药后未出现相关不良反应。

全身用药监护:更昔洛韦静脉滴注期间,每周2次为患者采集外周血复查血常规,重点关注中性粒细胞及血小板计数,每次采血后及时将结果反馈给医师,该患者治疗期间中性粒细胞计数最低为 $2.3 \times 10^9/L$,未出现骨髓抑制情况。膦甲酸钠静脉滴注时,为患者建立尿量监测记录,每日晨起询问并记录24 h尿量,确保尿量>1500 mL/d;每周1次采集血标本检测肝肾功能,患者肝肾功能指标始终在正常范围。口服激素治疗时,为患者制定服药时间表,每日固定时间提醒患者服药,告知患者必须严格按照医嘱剂量服用,不可自行增减或停药,同时观察患者有无胃部不适、反酸、血糖升高等副作用^[10],该患者服药期间未出现明显胃肠道反应,血糖监测结果正常。

2.4.1.3 感染预防与环境管控

接触隔离护理:为患者安排单人病房,病房门口放置手消毒液、隔离衣及鞋套,医护人员进入病房前必须穿戴隔离衣、鞋套,操作前后严格按照“七步洗手法”洗手并消毒。患者使用的眼药水瓶口严格避免接触眼部及其他物品,专人专用,定期更换。

环境消毒:病房每日上午9点、下午3点各通风1次,30 min/次,通风时为患者做好保暖措施。空气消毒机持续运行,每日清洁消毒机滤网1次。病房内床头柜、床栏、门窗把手等物体表面,每日用含氯消毒剂(浓度500 mg/L)擦拭2次,擦拭后用清水再擦拭1遍,避免残留刺激。

患者防护指导:每日向患者强调勿用手揉眼,指导其使用无菌棉签擦拭眼部分泌物。外出时为患者佩戴防护眼镜,避免风沙、异物进入眼部及眼部外伤。限制探视人员,每次探视人数不超过2人,探视时间控制在15 min内,探视者需遵守病房隔离要求,避免交叉感染^[11]。

2.4.2 中医护理干预

2.4.2.1 辨证施护

中药熏蒸:根据患者“热毒内蕴、目络瘀阻”的辨证分型,选用金银花30 g、蒲公英20 g、丹参15 g及连翘15 g,由中药房统一煎煮后取滤液100 mL,倒入专用熏蒸仪药杯。每日下午2点为患者进行熏蒸治疗,协助患者取坐位,调整熏蒸仪高度,使蒸汽出口距患者眼部30 cm,将仪器温度调节至42℃(患者体感舒适且无烫伤风险),每次熏蒸15 min,连续干预4周。熏蒸过程中全程陪伴患者,观察患者有无头晕、眼部刺痛及皮肤潮红等不适,若患者出现头晕症状,立即暂停熏蒸,协助患者平卧休息。熏蒸结束后,用无菌纱布轻轻擦拭患者眼部残留药液,告知患者熏蒸后半小时内避免外出,防止受凉,同时不可用力揉搓眼部。

穴位按摩:选取睛明、攒竹、丝竹空、太阳及太冲穴,指导患者家属学习正确的按摩方法。按摩前协助家属清洁双手,按摩时采用指腹按揉法,每个穴位按揉1~2 min,力度以患者感到酸胀为宜,全套操作约8 min,每日上午10点、晚上8点各进行1次,贯穿院内4周治疗及出院后3个月康复随访阶段。按摩过程中指导家属观察患者反应,若患者出现疼痛难忍或头晕等情况,立即停止按摩。出院前为患者及家属录制穴位按摩教学视频,方便居家操作时参考。

2.4.2.2 饮食与情志调护

饮食指导:根据“清热凉血、活血通络”的饮食原则,为患者制定个性化饮食方案。每日为患者推荐绿豆汤、冬瓜汤、马齿苋粥等清热解毒食物,搭配菠菜、胡萝卜、蓝莓等富含维生素A、维生素C的蔬果。告知患者禁食辣椒、花椒、羊肉、狗肉、油炸食品等助火生热之品。为患者准备饮水杯,每日提醒其饮水1500~2000 mL,分多次少量饮用,促进热毒外泄。根据患者口味偏好,在饮食方案中适当调整菜品搭配,保证营养均衡^[12],提高患者进食依从性。

情志护理:每日下午安排15 min与患者一对一沟通,倾听患者的担忧和诉求;针对患者“担心

失明”的心理,用通俗易懂的语言讲解中西医结合治疗的优势及成功病例,缓解其恐惧情绪。为患者播放《平沙落雁》《高山流水》等舒缓乐曲,指导患者进行腹式呼吸放松训练,5 min/次,2次/d,帮助患者平复情绪。鼓励家属多陪伴患者,参与护理过程,给予情感支持。邀请本院康复的ARN患者通过视频连线方式与该患者交流治疗经验,增强其治疗信心。

2.4.3 康复指导与随访管理

出院前制定个性化康复方案:用眼指导:避免长时间看电子屏幕(每次≤30 min),外出佩戴防紫外线墨镜,卧室光线调至柔和(50~100 lx);运动建议:选择散步、太极拳等低强度运动,避免剧烈活动及低头弯腰动作(预防视网膜脱离);用药依从性:制作服药日历,标注更昔洛韦、激素的减量方案及复查时间;同时,告知患者漏服药物的正确处理方法,避免自行补服过量药物。

建立“出院—1周—1个月—3个月”四级随访体系:通过电话随访与门诊复查结合,监测视力、眼压及眼底情况,第3个月行眼底光学相干断层扫描(OCT)评估视网膜修复状态。文献证实,规范随访可使ARN复发率降低40%。随访过程中,及时解答患者疑问,根据病情变化调整康复方案。

2.5 护理评价

参照《中医眼科常见病诊疗指南》及西医急性视网膜坏死综合征(ARN)疗效标准评估护理效果,具体判定标准如下:显效:视力提升≥2行,眼部炎症指标转阴,无并发症发生;好转:视力提升1行,炎症指标较前减轻≥50%;无效:症状无改善或出现恶化。本例患者护理效果量化评估见表1,住院期间未发生感染、视网膜脱离等并发症,患者及家属对护理满意度为98%。

表1 疗效评估

评估项目	入院时	治疗2周	治疗4周	出院3个月
右眼视力	手动(HM)	指数(FC/30 cm)	0.05	0.1
角膜KP	+	±	/	/
Tyn	++	+	±	/
SAS	65分	58分	45分	42分
护理满意度	/	/	/	98%

3 结果和随访

患者经过4周中西医结合治疗护理,于2025年10月23日结束院内治疗,右眼视力从手动(HM)升至0.05,角膜KP、前房闪辉转阴,SAS评分从65分

降至45分,住院期间未发生感染、视网膜脱离等并发症,患者及家属对护理满意度为98%。

按“出院—1周—1个月—3个月”体系开展随访,采用电话随访结合门诊复查的方式,出院1周后患者右眼视力维持0.05、眼压正常;出院1个月后右眼视力提升至0.08、焦虑评分降至43分;出院3个月后右眼视力进一步提升至0.1、焦虑评分降至42分,眼底光学相干断层扫描(OCT)提示视网膜修复良好,无病情复发及并发症发生,患者已熟练掌握疾病自我护理方法。

4 讨论

急性视网膜坏死综合征(ARN)是眼科临床少见但危害严重的感染性眼病,其诊疗与护理始终面临“病理机制复杂、治疗矛盾突出、预后个体差异大”三大难题。目前全球范围内对该病的诊疗已形成部分共识性指南,但临床落地仍存在挑战。

从现代医学视角看,ARN的核心病理环节是疱疹病毒(主要为水痘一带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒)激活后引发的视网膜免疫炎症级联反应,病毒首先侵袭视网膜神经节细胞与血管内皮细胞,通过释放病毒颗粒与炎症因子(如TNF- α 、IL-6)触发补体系统激活,进而导致视网膜坏死、血管闭塞及玻璃体纤维化,最终引发视网膜脱离等致命性并发症。当前西医诊疗以《美国眼科学会(AAO)急性视网膜坏死诊疗指南(2023版)》为核心依据,推荐早期足量静脉应用阿昔洛韦、更昔洛韦等抗病毒药物,通过抑制病毒DNA聚合酶活性阻断病毒复制,同时联合糖皮质激素(如泼尼松)减轻免疫炎症反应;必要时辅以玻璃体切割术、激光光凝等手术干预,以降低视网膜脱离风险。但指南同时明确指出,西医治疗无法完全阻断炎症介导的组织损伤,且长期抗病毒用药易导致骨髓抑制、肾功能损伤等副作用,长期激素使用则可能引发眼压升高、白内障等并发症,反映了当前西医治疗在疗效与安全性平衡上的核心困境。

近年来,西医在ARN治疗上的进展集中于靶向抗炎药物的探索,如抗TNF- α 单克隆抗体、IL-6受体拮抗剂等生物制剂,虽在小规模临床研究中显示出抑制炎症反应的潜力,但尚未纳入常规诊疗指南,其长期疗效与安全性仍需大样本随机对照试验(RCT)验证。而中医学对ARN的认知可追溯至《黄帝内经》“目者,肝之官也”“肝开窍于

目”的理论,将其归为“暴盲”范畴,强调“热毒内蕴、目络瘀阻”是核心病机,这一认知在《中医眼科常见病诊疗指南(2021版)》中得到进一步明确。该指南将ARN辨证分为热毒内蕴证、气滞血瘀证、阴虚火旺证三型,为辨证施护提供了基础框架。现代中医病理研究表明,ARN患者的“热毒”证候与外周血炎症因子(如C反应蛋白、降钙素原)水平显著正相关,“瘀阻”证候则对应视网膜血管闭塞的影像学表现,这一关联为中医辨证的客观化提供了依据。

目前中医护理技术在ARN中的应用已形成初步规范,《中医眼科护理技术操作指南(2022版)》将中药熏蒸、穴位按摩及中药保留灌肠等技术纳入ARN护理推荐方案,其中明确了中药熏蒸的常用药物配伍(如金银花、蒲公英、连翘等清热解毒药,丹参、川芎等活血通络药)、操作温度(40~45℃)及时长(15~20 min/次);穴位按摩则推荐睛明、太冲、肝俞等与眼、肝相关的穴位,明确按摩力度与频次。本案例中采用的中药熏蒸与穴位按摩干预,正是基于“清热通络”理论及上述指南的实践创新,中药熏蒸通过温热效应扩张眼部微血管,促进清热解毒药液经黏膜吸收,其有效成分(如绿原酸、丹参酮)可抑制炎症因子释放;穴位按摩则通过刺激经络穴位调节自主神经功能,降低交感神经兴奋性,缓解眼部血管痉挛。近年来,中医在ARN治疗中的研究进展体现在辨证客观化与技术优化上,部分研究通过眼底OCT、血管造影等影像学手段,观察中药干预对视网膜神经纤维层厚度、血管灌注的影响,试图建立“证候—影像”对应关系,但整体研究样本量较小,缺乏多中心协作验证。

然而,结合当前中西医诊疗指南及临床实践现状,ARN中西医结合护理仍存在三方面亟待解决的问题,且这些问题在国内外相关研究及行业规范中均有提及:一是辨证施护缺乏标准化体系,尽管《中医眼科常见病诊疗指南(2021版)》明确ARN的辨证分型,但不同医疗机构对各证候的判定指标(如舌苔、脉象、症状权重)解读不一,部分基层医院缺乏专业中医眼科护理人员,导致辨证准确性不足,进而使护理方案同质化程度低,难以形成统一的临床路径,这与中华中医药学会眼科分会在指南中强调的“需完善辨证标准,提升护理规范化水平”的建议相呼应。二是中医护理技术的作用机制研究不足,多数临床研究仅停留在疗

效观察层面,聚焦于视力改善、炎症因子下降等表面指标,缺乏对中药有效成分的作用靶点、穴位刺激信号传导通路(如迷走神经—胆碱能抗炎通路)的深入探索;且现有研究多为回顾性分析,缺乏符合循证医学要求的大样本 RCT 研究,导致中医护理技术的疗效证据等级偏低,难以被西医主流诊疗体系认可,这也是《中医眼科护理技术操作指南(2022 版)》中提出的重点改进方向。三是随访管理存在短板,《AAO 急性视网膜坏死诊疗指南(2023 版)》要求 ARN 患者出院后需定期复查眼底、病毒载量及肝肾功能,持续监测病情变化;而中医护理则强调出院后需坚持中药调理、穴位按摩等康复训练,但部分患者因地域偏远、经济条件有限、缺乏居家护理指导,无法遵医嘱完成随访与康复训练,导致病情反复、预后不佳,这一问题在基层医疗机构尤为突出,也契合了行业内对“ARN 护理需加强长效化管理”的共识。

展望未来,结合当前中西医结合医学的发展趋势及行业指南要求,ARN 中西医结合护理的发展方向应聚焦三个维度,以破解现有困境:其一,构建“证候—病理—影像”三位一体的评估体系,依托大数据与人工智能技术,联合多中心医疗机构开展研究,建立 ARN 中医证候与视网膜影像学指标(OCT 下神经纤维层厚度、眼底血管造影灌注缺损范围)、实验室指标(炎症因子水平、病毒载量)及病理表现(视网膜坏死程度、血管闭塞情况)的关联模型,将主观辨证与客观指标相结合,制定统一的辨证施护标准化流程,纳入中西医结合眼科临床护理路径,解决辨证不统一、方案同质化低的问题,这与《中医眼科常见病诊疗指南》中“推动辨证客观化、标准化”的要求高度契合。其二,开展中医护理技术的高质量循证研究,严格按照 RCT 研究设计规范,明确中药熏蒸的药物剂量、穴位按摩的刺激强度等干预参数,通过多中心、大样本研究验证其疗效与安全性;同时结合分子生物学技术,深入探索中药有效成分对炎症信号通路(如 NF- κ B 通路)的调控作用、穴位刺激对眼部微循环及神经功能的影响机制,提升中医护理技术的科学内涵,为其纳入主流诊疗指南提供高质量证据。其三,搭建“互联网+护理”随访平台,依托移动医疗技术,整合中西医随访需求,为出院患者提供远程视频指导(中药熏蒸操作、穴位按摩手法矫正)、个性化康复方案推送、病情答疑等服务;结合便携式眼压计、眼底相机等智能设备,实现患

者居家病情数据的实时上传与医师动态监测;同时联动基层医疗机构与社区护理人员,为偏远地区患者提供上门护理服务,破解地域、经济因素带来的随访难题,实现“院内护理—院外康复”的无缝衔接,落实指南中“长效化管理”的要求,最终改善 ARN 患者的整体预后。

综上所述,中西医结合护理为 ARN 治疗提供了全新的临床路径,其价值不仅在于“1+1>2”的疗效提升,更在于为眼科重症疾病护理提供“精准化、个性化、长效化”的创新思路。未来需通过多中心、大样本研究进一步验证其疗效,推动中西医结合护理模式在眼科领域的规范化、科学化发展,为更多的 ARN 患者带来光明和希望。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中华医学会眼科学分会眼底病学组,中国医师协会眼科医师分会眼底病专业委员会. 急性视网膜坏死综合征诊断和治疗专家共识[J]. 中华眼底病杂志, 2025, 41(11): 821-840.
The Vitreoretinal Disease Group of the Ophthalmology Branch of the Chinese Medical Association, The Vitreoretinal Disease Professional Committee of the Ophthalmology Physicians Branch of the Chinese Medical Doctor Association. Expert consensus on the diagnosis and treatment of acute retinal necrosis syndrome [J]. Chin J Ocul Fundus Dis, 2025, 41(11): 821-840. (in Chinese)
- [2] 张曙光, 项杰, 王慧芳, 等. 更昔洛韦联合曲安奈德玻璃体内注射治疗急性视网膜坏死综合征效果观察[J]. 郑州大学学报(医学版), 2025, 60(5): 719-722.
ZHANG S G, XIANG J, WANG H F, et al. Effect of ganciclovir combined with triamcinolone acetonide intravitreal injection in treatment of acute retinal necrosis syndrome [J]. J Zhengzhou Univ Med Sci, 2025, 60(5): 719-722. (in Chinese)
- [3] 中华中医药学会眼科分会. 中医眼科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [4] 中华医学会眼科学分会眼底病学组, 中国医师协会眼科医师分会眼底病学组. 我国主要眼底病慢病管理专家共识[J]. 中华眼底病杂志, 2024, 40(4): 253-263.
The Vitreoretinal Disease Group of the Ophthalmology

- gy Branch of the Chinese Medical Association, The Vitreoretinal Disease Group of the Ophthalmology Physicians Branch of the Chinese Medical Doctor Association. National consensus on the management of major chronic fundus diseases in China: a modified Delphi approach [J]. *Chin J Ocul Fundus Dis*, 2024, 40(4): 253–263. (in Chinese)
- [5] 方向明, 陈周闻. 医学生临床技能操作规范[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2016.
- [6] 张士变, 李晓燕, 张俊梅, 等. 相依关系在脑卒中患者焦虑情绪与生存质量间的中介作用[J]. *联勤军事医学*, 2024, 38(2): 120–124, 132.
- ZHANG S B, LI X Y, ZHANG J M, et al. Mediating effects of mutuality between anxiety and quality of life in stroke patients [J]. *Mil Med Jt Logist*, 2024, 38(2): 120–124, 132. (in Chinese)
- [7] KATZ S, FORD A B, MOSKOWITZ R W, et al. Studies of illness in the aged. the index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function[J]. *JAMA*, 1963, 185: 914–919.
- [8] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 168–170.
- [9] 罗含笑, 邢琳琳, 范玲. 辽宁省护理人员护理质量管理工具认知与应用现状调查[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(9): 65–69.
- LUO H X, XING L L, FAN L. Investigation on the cognition and application of nursing quality management tools among nursing staff in Liaoning Province [J]. *J Nurs Sci*, 2024, 39(9): 65–69. (in Chinese)
- [10] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [11] 胡必杰. 医院环境物体表面清洁与消毒最佳实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 345–347.
- [12] 彭南海. 临床营养护理指南: 肠内营养部分[M]. 南京: 东南大学出版社, 2012.

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。