

DOI: 10.12209/CAIM202509230004

· 中西医结合临床案例 ·

1例食管黏膜病变行内镜下 黏膜剥离术(ESD)患者的护理体会

姚娜, 许冰, 彭丹

(北京中医药大学东方医院 脾胃肝胆科, 北京, 100078)

摘要: 本文总结1例食管黏膜高级别上皮内瘤变患者行内镜下黏膜剥离术(ESD)的中西医结合护理经验。通过全面的术前评估,精细的术中配合,以及术后中西医结合并发症防控与康复调理,患者焦虑情绪显著缓解,术后疼痛得到有效控制,未发生出血、穿孔等并发症。该案例充分展示中西医协同护理模式在ESD围术期管理中的独特优势,为临床护理实践提供了可借鉴的经验。

关键词: 中西医结合护理; 食管黏膜病变; 内镜下黏膜剥离术(ESD); 穴位按压; 音乐疗法

Nursing Experience of One Patient with Esophageal Mucosal Lesions Undergoing Endoscopic Submucosal Dissection (ESD)

YAO Na, XU Bing, PENG Dan

(Department of Spleen, Stomach, Liver and Gallbladder Diseases, Dongfang Hospital Beijing University of
Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of integrated Chinese and Western medicine nursing for a patient with high-grade intraepithelial neoplasia of the esophageal mucosa who underwent endoscopic submucosal dissection (ESD). Through comprehensive preoperative assessment, meticulous intraoperative cooperation, and postoperative integrated Chinese and Western medicine intervention for complication prevention and rehabilitation care, the patient's anxiety was significantly relieved, postoperative pain was effectively controlled, and no complications such as bleeding or perforation occurred. This case fully demonstrates the unique advantages of the collaborative Chinese-Western nursing model in the perioperative management of ESD, providing a reference for clinical nursing practice.

KEY WORDS: integrated Chinese and Western medicine nursing; esophageal mucosal lesions; endoscopic submucosal dissection (ESD); acupoint pressing; music therapy

内镜黏膜下剥离术(ESD)是目前食管早癌及食管黏膜下肿瘤的主要治疗方式,指在内镜下使用高频电刀与专用器械,将胃肠道病灶与其下方正常的黏膜下层逐步剥离,实现病灶整块切除且切缘阴性,可避免开胸外科手术,完整保留食管器官功能。早期食管癌通过ESD内镜治疗具有创伤小、恢复快、术后生活质量好等显著优点,目前ESD已成为食管早期癌症的首选治疗方法^[1-2]。但由于ESD操作过程较为复杂,需使用

的手术器械种类繁多,对内镜医生的手术技术水平和内镜护士的配合熟练度均提出了较高要求,围术期护理质量直接影响手术成功率及患者康复进程。本文通过对ESD术患者实施专业的术中护理配合、个性化心理护理、分阶段健康宣教等措施,取得了较好的护理效果,全面提升了护理服务质量。现将1例食管黏膜高级别上皮内瘤变患者行内镜下黏膜剥离术(ESD)的护理经验报告如下。

收稿日期:2025-09-23

通信作者:彭丹, E-mail: 13717893741@163.com

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“吞咽不适3月余”于2024年03月07日收入院。入院症见:时有咽部不适,无腹胀及腹痛,无恶心呕吐,无心慌胸闷,无头晕头痛,纳眠可,二便调,近期体重无明显变化。2024年02月行电子胃镜检查示食管黏膜距门齿31 cm前壁黏膜粗糙充血,病理诊断提示食管高级别上皮内瘤变。超声内镜及CT排除转移及浸润,符合ESD适应证。既往慢性萎缩性胃炎10年。

1.2 查体

患者生命体征:体温(T)36℃,脉搏(P)108次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)134/84 mm Hg。一般情况:神志清楚,精神状态尚可,双肺呼吸音清晰,未闻及干、湿性啰音;心尖搏动无弥散,未触及震颤及心包摩擦音,心音正常,心律整齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

专科查体:腹部平坦,未见腹壁静脉曲张及肠型、蠕动波,腹部触诊柔软,未扪及异常包块,无压痛、反跳痛及肌紧张,移动性浊音阴性,墨菲氏征阴性,麦氏点无压痛,肝脾肋下未触及,肝脾区及双肾区叩击痛阴性,肠鸣音3~4次/min,节律规整。中医四诊见:舌淡,苔薄腻,脉弦细,提示存在脾虚湿盛、肝气郁结之象。

1.3 诊断

西医诊断:食管高级别上皮内瘤变;中医诊断:积病,湿热瘀阻证。患者嗜食肥甘,湿热内蕴,阻滞气机,血行不畅,湿热瘀血搏结肠腑,发为积病。舌淡,苔薄腻,脉弦细,亦为湿热瘀阻之象,病位在食管,病性以实为主,预后较好。

1.4 治疗

患者于2024年03月11日在气管插管全麻下行ESD术,术后病理提示局灶癌变,切缘为阴性。术后48 h予静脉营养支持,第3天起逐步过渡至中医辨证膳食,住院10天康复出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 恐惧焦虑评估

术前1 d采用SAS评估患者焦虑程度,评估标准为SAS总分<50分为正常状态;50~59分为轻度焦虑;60~69分为中度焦虑;70分及以上为

重度焦虑。本例患者因担忧术后并发症发生及癌变进展,出现反复询问手术安全性、夜间入睡困难等焦虑表现,SAS评估总分为61分,属于中度焦虑^[3]。

2.1.2 疼痛评估

术后24 h采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者主观疼痛程度,使用0~10 cm刻度尺量化评分,0代表无痛,10代表无法忍受的剧痛,评分越高提示疼痛程度越重。本病例患者主诉咽喉部出现异物感及吞咽疼痛,VAS评分为4分,属于中度疼痛^[4]。

2.1.3 中医评估

中医四诊可见患者舌红苔薄黄,脉弦细,辨证属肝郁化热证。患者因得知病情后情志不舒,致肝气郁结化热,脾胃运化失司,出现纳差、口干、寐浅等症状;结合西医诊断,辨证分型同时兼顾脾虚湿滞基础,整体病机为肝郁化热、脾虚湿阻。

2.2 护理诊断

结合患者症状,得出以下护理诊断:①焦虑/恐惧:与担心手术风险及疾病预后相关;②疼痛:与术后咽喉黏膜损伤有关;③潜在并发症:出血、感染、穿孔有关;④知识缺乏:缺乏术后饮食及康复知识有关。

2.3 护理计划

依据护理诊断,结合医嘱制定以下护理计划:①规范术前器械药物准备,确保手术顺利实施;②缓解焦虑情绪,提高治疗依从性;③控制术后疼痛,预防并发症;④加强健康宣教,结合中医调护,促进胃肠功能恢复。

2.4 术前准备

2.4.1 患者准备

①术前常规检查化验、心电图、胸片等。②术前1周停用阿司匹林或其他抗血小板聚集药、抗凝药,术前6 h禁食禁水。③采用3D动画演示手术流程,邀请康复患者现身说法,降低术前焦虑。

2.4.2 设备准备

术前需按流程完成内镜系统全设备调试,首先启动内镜主机(CV-290),连接奥林巴斯大管道治疗内镜(Olympus GIF-Q260J),同步调试内镜主机成像参数,确保画面清晰对焦;随后依次连接并调试附送水设备、二氧化碳气泵,测试送水压力及二氧化碳流量至手术适宜范围;最后根据治疗需求调试高频电刀的输出功率、切割与凝血模式参数,确认所有设备运行稳定、参数匹配后,方可

开展手术操作。

2.4.3 器械准备

准备喷洒管、注射针、黏膜切开刀、热凝钳等手术器械,并安装内镜透明帽。

2.4.4 药物准备

①配制黏膜下注射液:取甘油果糖注射液 250 mL,加入肾上腺素注射液 1 mL、亚甲蓝注射液 0.2 mL 及玻璃酸钠注射液 2 支(2 mL/支)混合摇匀,用于食管 ESD 术前黏膜下注射,以形成黏膜下水垫,分离黏膜层与固有肌层。②配制消泡剂:取二甲硅油散 1 袋与链霉蛋白酶 20000 单位,加入 50 mL 生理盐水充分溶解配制,现配现用,用于术前口服清洁食管黏液及气泡,提升内镜成像清晰度。③配制食管染色剂:取 1.5% 卢戈氏碘溶液 5 mL 备用,用于术中食管黏膜染色,明确病变范围及边界,为手术标记提供依据。

2.5 术中配合

2.5.1 患者体位

患者平卧位气管插管麻醉后,协助患者翻身至左侧卧位,保护患者头部及颈椎,身后垫软垫保护受压关节,注意保暖,保证患者安全。

2.5.2 术中配合

医生将胃镜循腔进镜至食管上段后,护士配合医生经内镜活检孔道喷洒二甲硅油散发泡剂,充分清除食管黏膜表面泡沫,清晰暴露病变区域,护理团队随即开始紧密配合手术操作。首先,从贲门处起始,护士经活检孔道精准插入喷洒管,将 1.5% 卢戈氏碘溶液均匀喷洒于食管黏膜表面进行碘染色,非染色区即为病变可疑区域,以便清晰辨识病变范围及边界^[5]。接着,依据碘染结果定位病变位置,护士使用一次性黏膜切开刀,在病变周围 5 mm 处精准烧灼黏膜,做好标记点,为后续切除操作提供明确指引^[6]。随后,护士配合医生使用注射针抽取甘油果糖+肾上腺素混合注射液进行黏膜下注射,遵循由远端至近端的顺序进针,严格控制进针深度在黏膜下层,进出活检孔道时及时抽回针芯,避免划伤内镜管壁及食管黏膜,确保病灶充分抬举,清晰显露切除面。在逐层切开病变并分离至黏膜下层的过程中,护士立于医生右侧,随时传递切开刀、热活检钳等器械,配合调整内镜角度与手术视野,与医生保持实时沟通,确保手术步骤连贯高效。若剥离过程中出现血管出血,护士迅速响应,使用热凝钳以 30W 功率采用凝固模式精准止血,控制止血力度避免深层黏膜

损伤,保障手术安全^[7]。最终,病变被顺利完整剥离并取出,护士使用标本针将病变组织平铺固定于滤纸上,浸泡在 10% 甲醛溶液标本盒中,规范标注患者信息后送检,确保后续病理分析的准确性与可靠性。

2.6 术后护理

2.6.1 饮食护理

术后 6 h 按压内关穴(双侧)缓解恶心,每穴按压 3 min。术后禁食禁饮 48 h,禁食期间静脉营养支持,做好口腔护理,应经常盐水含漱。如无异常,术后第 3 天可进温凉流质饮食(如米汤),术后第 4 天予山药莲子粥(健脾和胃),避免辛辣燥热之品^[8]。口干者予麦冬、石斛各 5 g 代茶饮。连续 5 d 后改为茯苓薏米半流食。嘱患者少食多餐,避免甜食、油腻、辛辣刺激性及粗糙坚硬食物,配合艾灸足三里,1 次/d,15 min/次,增强脾胃运化。

2.6.2 情志疗法

①播放音乐(《江南丝竹》),每日晨间播放 20 min,以疏肝解郁。②指导“嘘—呵—呼”六字诀呼吸法,3 次/d,以调节气机。

2.6.3 常见并发症观察和护理

①出血:术后再出血多发生于术后 2~10 h,术后再出血的护理重点是预防和及早发现。术后绝对卧床休息 7 d,严密观察病人意识状态、面色、血压、呕吐物及大便颜色等,并详细记录^[9]。②穿孔:密切观察患者生命体征,观察有无血压下降、脉搏加快、面色苍白、腹痛加剧及腹肌紧张、压痛、反跳痛的表现。应重视病人主诉,及早发现情况并通知医生。③感染:观察体温变化,遵医嘱及早使用抗感染、抑酸药物治疗。

2.7 健康教育

告知病人出院后按医嘱服药,注意休息与饮食,2 周内避免剧烈活动,禁烟酒,合理进食,避免进食粗糙坚硬食物。术后 1 个月、6 个月及 12 个月复查内镜,以后每年复查一次。

2.8 护理评价

①术后 72 h 焦虑评分降至 38 分,疼痛评分 1 分,未发生出血、穿孔。②术后第 5 天恢复半流质饮食,无呛咳、腹胀。③出院时掌握饮食禁忌及复诊要点。

3 结果和随访

患者吞咽不适症状已基本缓解,情绪稳定,能够掌握出院后的饮食及康复要点,于 2024 年 03 月

18 日出院。为追踪远期疗效,制定系统的随访计划,分别于术后 1 个月、3 个月进行电话随访。随访内容包括了解患者近期饮食状况、有无吞咽困难、胸骨后疼痛、反酸等不适症状,并提醒其定期复查胃镜的重要性。最近一次随访为术后 3 个月(2024 年 06 月),患者反馈饮食正常,无呛咳、吞咽困难及出血等任何不适,并表示将按计划于术后 6 个月返院复查胃镜。

4 讨论

ESD 作为一种集诊断与治疗功能于一体的先进内镜微创手术,凭借其卓越的整块切除率、极低的 5 年复发率、微小的创伤以及快速的术后恢复等优势,在临床实践中展现出非凡的应用价值。手术的成功与患者的安全,高度依赖护理人员扎实的专业知识、娴熟的操作技能及默契的团队协作能力,要求护理团队在 ESD 术配合中做到细致入微、多方协同。

针对该病例,我们采用中西医结合的全面护理方案。西医方面,通过实施精细化手术管理,包括手术器械的标准化准备、个性化阶梯式营养支持及严密术中监护,为患者手术安全提供坚实保障;术前指导患者进食高蛋白流质饮食增强体质,术后逐步过渡至清流质、半流质饮食;术中实时监测生命体征,及时处理突发状况。中医策略上,遵循“肝脾同调”原则,巧妙运用音乐疗法与足三里艾灸等中医特色疗法:每日播放舒缓古筝曲《高山流水》2 次,30 min/次,以疏肝理气;术后第 1 天开始足三里穴位艾灸,20 min/次,1 次/d,有效改善患者胃肠功能状态^[10]。术后护理阶段,在患者排气后(术后第 2 天)早期引入茯苓薏米粥食疗方案,该粥兼具健脾祛湿、理气通腑之效,相较于传统流食更能显著促进肠蠕动恢复,帮助患者更早过渡至正常饮食。

这一系列综合护理措施涵盖充分术前准备、有效心理干预、严密术中监护、精湛手术配合、科学术后饮食与活动指导及并发症预防性护理,即术前通过 SAS 评估及时干预患者焦虑情绪,术后指导患者从床边站立逐步过渡到慢走锻炼。这些措施不仅有效降低手术出血、穿孔等并发症风险,还极大加速患者术后康复进程。综上所述,通过中西医结合的全面护理方案与精细化手术管理,显著提升 ESD 手术成功率,进一步巩固治疗效果与安全性,为患者提供更优质的医疗服务体验,也

为 ESD 围术期护理提供可借鉴的中西医协同管理模式。

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] 王艳宏,刘红燕,刘新静,等. 中药喷雾技术对早期胃、食管癌内镜下黏膜剥离术患者术后舒适的影响[J]. 当代护士,2025(1): 92-95.
WANG Y H, LIU H Y, LIU X J, et al. The Impact of Traditional Chinese Medicine Spray Technology on Postoperative Comfort of Patients Undergoing Endoscopic Mucosal Dissection for Early Gastric and Esophageal Cancer [J]. Contemporary Nurses, 2025 (1): 92-95. (in Chinese)
- [2] 赵先群,郭洁,张向东. 不同病变长径的早期食管癌患者经内镜下黏膜剥离术治疗的疗效及并发症比较[J]. 实用癌症杂志, 2024(12): 2017-2020.
ZHAO X Q, GUO J, ZHANG X D. Comparison of the efficacy and complications of endoscopic mucosal dissection in the treatment of early esophageal cancer patients with different lesion lengths [J]. Journal of Practical Oncology, 2024 (12): 2017-2020. (in Chinese)
- [3] 曾彩燕,范晓娟,赖榆芳,等. “交通心肾”针刺联合耳穴压豆对心肾不交型中风后失眠患者睡眠质量和血清神经递质的影响[J]. 现代生物医学进展, 2024(18): 3535-3538.
ZENG C Y, FAN X J, LAI Y F, et al. "Transporting Heart and Kidney" Acupuncture Combined with Ear Point Pressure Beans on the Effects of Sleep Quality and Serum Neurotransmitters in Patients with Heart-Kidney Imbalance Type Post-Stroke Insomnia [J]. Modern Biomedical Progress, 2024 (18): 3535-3538. (in Chinese)
- [4] 贺鹏美. 奥曲肽联合胃镜治疗消化性溃疡伴出血患者的临床效果[J]. 中外医学研究, 2024(13): 112-116.
HE P M. The clinical efficacy of octreotide combined with gastroscopy in the treatment of patients with peptic ulcer complicated with bleeding [J]. Chinese and Foreign Medical Research, 2024 (13): 112-116. (in Chinese)
- [5] 单国栋,郝璐,陈伟,等. 表浅食管癌内镜黏膜下剥离术切除标本碘不染区与肿瘤病理大小一致性的研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2023(7):

- 545-549.
- SHAN G D, HAO L, CHEN W, et al. Study on the Consistency between the Iodine-Non-Dyed Areas of the Resected Specimens from Endoscopic Submucosal Dissection for Superficial Esophageal Cancer and the Pathological Size of the Tumor [J]. Chinese Journal of Digestive Endoscopy, 2023 (7): 545-549. (in Chinese)
- [6] 王敏, 程伟. 早期食管癌患者中应用消化内镜黏膜下剥离术的临床有效性评价[J]. 中外医疗, 2024 (34): 66-69.
- WANG M, CHENG W. Clinical Evaluation of the Effectiveness of Endoscopic Submucosal Dissection in Early Esophageal Cancer Patients [J]. Chinese and Foreign Medical Journals, 2024 (34): 66-69. (in Chinese)
- [7] 李国晶, 闭伟文. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道早癌临床应用价值研讨[J]. 世界复合医学, 2024 (1): 185-188.
- LI G J, BI W W. Discussion on the Clinical Application Value of Endoscopic Submucosal Dissection in the Treatment of Early Cancer of the Digestive Tract [J]. World Complementary Medicine, 2024 (1): 185-188. (in Chinese)
- [8] 庄颖佳, 王频, 戴建武, 等. 生物医学材料在内镜黏膜下剥离术后食管狭窄预防中的应用与进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(10): 831-836.
- ZHUANG Y J, WANG P, DAI J W, et al. The Application and Progress of Biomedical Materials in the Prevention of Esophageal Stenosis after Endoscopic Submucosal Dissection [J]. Chin J Dig Endosc, 2024, 41(10): 831-836. (in Chinese)
- [9] 张小凤. 思维导图的饮食干预对内镜黏膜下剥离术后并发症的影响[J]. 临床检验杂志(电子版), 2019(3): 33-35.
- ZHANG X F. The Impact of Mind Mapping-Based Dietary Intervention on Complications after Endoscopic Submucosal Dissection [J]. Clinical Laboratory Journal (Electronic Edition), 2019(3): 33-35. (in Chinese)
- [10] 胡乃毅, 张江春. 穴位按摩配合五行音乐疗法在普通胃镜检查中的应用效果[J]. 光明中医, 2016 (2): 251-253.
- HU N Y, ZHANG J C. The Application Effect of Acupoint Massage Combined with Five Elements Music Therapy in Routine Gastroscopy [J]. Guangming Traditional Chinese Medicine, 2016(2): 251-253. (in Chinese)

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。