

• 临床研究 •

上消化道黏膜剥离术后早期经口进食临床效果的系统评价与Meta分析

王静^{1,2}, 张喆浩^{1,2}, 徐方芳¹

1. 连云港市第一人民医院消化内科, 江苏 连云港, 222000; 2. 南京医科大学康达学院, 江苏 连云港, 222000

通信作者: 徐方芳, E-mail: 276698040@qq.com

【摘要】 目的 探讨早期经口进食用于上消化道内镜黏膜下剥离术(ESD)后患者的安全性及临床效果, 为术后饮食管理方案的制定提供参考。**方法** 系统检索中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库、PubMed、Web of Science、Cochrane Library 中有关上消化道ESD术后早期经口进食的随机对照试验(RCT), 检索时间为各数据库建库至2024年10月。由2名研究者独立完成文献筛选、资料提取和方法学质量评价, 随后采用RevMan 5.4 和Stata 18.0 软件进行统计分析。**结果** 共纳入6篇RCT, 其中4篇研究共443例患者可进行Meta分析, 另外2篇因数据不完整, 未纳入合并分析, 仅进行系统性描述。各研究中早期经口进食的启动时间主要分布在术后6~24 h, 最早可提前至术后2 h; 饮食类型多为流质, 部分研究在患者耐受和病情允许的情况下直接给予半流质饮食。Meta分析结果显示, 早期经口进食与常规禁食相比, 在术后出血率($RR=1.39, 95\%CI: 0.34\sim5.68, P=0.65$)、腹痛($SMD=0.08, 95\%CI: -0.40\sim0.55, P=0.76$)及溃疡愈合率($RR=1.05, 95\%CI: 0.60\sim1.85, P=0.86$)上无统计学差异; 但在患者满意度($MD=0.32, 95\%CI: 0.17\sim0.47, P<0.01$)和住院时间($MD=-0.85, 95\%CI: -1.02\sim-0.67, P<0.01$)方面具有显著优势。**结论** 现有证据表明, 在规范评估和严密观察的基础上, 上消化道ESD术后早期经口进食是安全的, 同时对缩短住院时间和改善患者满意度具有一定积极作用。但鉴于研究数量有限、干预措施存在差异, 仍需更多高质量、多中心RCT以进一步验证其临床安全性和推广价值。

【关键词】 饮食; 内镜黏膜下剥离术; 禁食; 荟萃分析; 患者满意度

【文章编号】 2095-834X (2026)05-47-08

DOI: 10.26939/j.cnki.CN11-9353/R.2026.05.008

本文著录格式: 王静, 张喆浩, 徐方芳. 上消化道黏膜剥离术后早期经口进食临床效果的系统评价与Meta分析[J]. 当代介入医学电子杂志, 2026, 3(5): 47-54.

Systematic review and meta-analysis of the clinical effects of early oral feeding after upper gastrointestinal endoscopic submucosal dissection

Wang Jing^{1,2}, Zhang Zhehao^{1,2}, Xu Fangfang¹

1. Department of Gastroenterology, the First People's Hospital of Lianyungang, Lianyungang 222000, Jiangsu, China; 2. Kangda College of Nanjing Medical University, Lianyungang 222000, Jiangsu, China

Corresponding author: Xu Fangfang, E-mail: 276698040@qq.com

【Abstract】 Objective To evaluate the safety and effectiveness of early oral feeding after upper gastrointestinal endoscopic submucosal dissection (ESD) and to provide evidence-based support for clinical practice. **Methods** A comprehensive literature search was conducted in CNKI, Wanfang, VIP, CBM, PubMed, Web of Science, and the Cochrane Library for randomized controlled trials (RCTs) on early oral feeding after upper gastrointestinal ESD from database inception to October 2024. Two researchers independently screened the literature, extracted

收稿日期: 2026-02-09

基金项目: 连云港市老龄健康科研项目(L202428); 连云港市第一人民医院青年英才基金(QN202504)

data, and assessed methodological quality. Statistical analyses were performed using RevMan 5.4 and Stata 18.0 software. **Results** Six RCTs were included, of which four (involving 443 patients) were pooled in the meta-analysis, and two with incomplete data were narratively summarized. In the included studies, early oral feeding was generally initiated within 6–24 hours postoperatively, with the earliest at 2 hours postoperation. Dietary forms were mainly liquid diet, and in some studies semi-liquid diet was allowed when clinically appropriate. Meta-analysis showed no significant differences between early oral feeding and conventional fasting in postoperative bleeding ($RR=1.39$, 95%CI: 0.34–5.68, $P=0.65$), abdominal pain ($SMD=0.08$, 95%CI: $-0.40-0.55$, $P=0.76$), or ulcer healing rate ($RR=1.05$, 95%CI: 0.60–1.85, $P=0.86$). However, early oral feeding was associated with significantly higher patient satisfaction ($MD=0.32$, 95%CI: 0.17–0.47, $P<0.01$) and shorter hospital stay ($MD=-0.85$, 95%CI: $-1.02--0.67$, $P<0.01$). **Conclusion** Current evidence indicates that early oral feeding after upper gastrointestinal ESD does not increase the risk of complications and can shorten hospital stay while improving patient satisfaction. By including both Chinese and English studies, this review provides more representative evidence. Given the limited number of studies and the variations in interventions, further high-quality multicenter RCTs are needed to confirm its safety and clinical applicability.

【Keywords】 Early oral feeding; Endoscopic submucosal dissection; Fasting; Meta-analysis; Patient satisfaction

上消化道内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)是目前治疗早期消化道肿瘤及癌前病变的主要微创治疗方案,其具有创伤小、术后恢复迅速及可完整保留器官功能等显著优势^[1-2]。传统术后饮食管理采用 24~72 h 禁食方案,旨在减少食物刺激、降低出血和穿孔等并发症风险^[3-4]。然而,长期禁食可能会增加术后不适,并延长住院时间以及带来营养不良等问题,特别是在高龄患者、同时患有慢性基础病的人群当中^[5-6]。

已有 Meta 分析^[7-8]显示,与传统延迟进食相比,早期经口进食并未明显增加术后并发症发生率,同时有助于缩短住院时间、改善患者满意度。然后,现有研究仍存在一定不足:一是纳入研究数量及样本量有限,合并结果的稳定性仍需进一步验证;二是研究数据仅来源于英文文献,未涵盖中文数据库中的相关成果,导致结论的适用范围存在局限。

本研究拟通过循证医学方法,系统收集国内外有关上消化道 ESD 术后早期经口进食的随机对照试验进行系统评价与 Meta 分析,以期对术后饮食管理策略的规范化提供更全面的循证依据,从而推动术后管理路径的标准化,优化医疗资源的利用效率。

1 资料与方法

1.1 文献纳入与排除标准

纳入标准:(1)文献研究设计为随机对照试验(randomized controlled trial, RCT);(2)研究受试者为接受上消化道 ESD 治疗的患者;(3)试验组于术后 24 h 内实施早期经口进食,对照组采用临床常规术后禁食方案,两组除进食干预措施外,其余临床护理措施

均保持统一;(4)研究结局指标至少包括术后出血率、术后腹痛情况、术后 2 个月溃疡愈合情况、患者满意度及住院时间中任意一项。

排除标准:(1)重复发表的文献;(2)数据缺失或无法提取的文献;(3)仅可检索摘要,无法获取完整全文的文献;(4)非中文或英文发表的文献;(5)经多途径检索仍无法获取原文及核心研究数据的文献。

1.2 文献检索策略

以上消化道 ESD 术后患者早期经口进食的随机对照试验为对象,采用主题词与自由词互补的检索策略,对中国知网、万方、维普、中国生物医学文献数据库、PubMed、Web of Science、Cochrane Library 进行检索,检索时限均为建库至 2024 年 10 月。中文检索词为“上消化道/食管/胃/十二指肠”“早癌/肿瘤/息肉/癌前病变/腺瘤/腺癌/异型增生”“内镜黏膜下剥离术/ESD”“进食/营养支持/肠道营养/饮食/流食/早期进食/经口进食”。英文检索词为“Upper gastrointestinal tract/Esophagus/Stomach/Duodenum”“Endoscopic submucosal dissection/ESD/Endoscopy”“feed/fast/intake/diet/enteral nutrition/nutrition support/oral”。

以中国知网为例,检索式如下:主题=(上消化道+食管+胃+十二指肠+早癌+癌前病变+息肉+肿瘤+腺瘤+腺癌+异型增生)AND 主题=(黏膜下剥离术+ESD)AND 主题=(进食+营养支持+肠道营养+饮食+流食+早期进食+经口进食)。

以 PubMed 为例,检索式如下:#1: Stomach Neoplasms [MeSH Terms] OR Esophagus Neoplasms [MeSH Terms] OR Duodenum Neoplasms [MeSH Terms]。

#2: Upper gastrointestinal tract OR Esophagus OR Stomach OR Duodenum。

#3 :Endoscopic submucosal dissection OR ESD
OR Endoscopy。

#4 :#1 OR #2

#5 :#4 AND #3。

#6 :Diet [MeSH Terms] OR enteral nutrition
[MeSH Terms]。

#7 :feed OR fast OR intake OR diet OR enteral
nutrition OR nutrition support OR oral。

#8 :#6 OR #7

#9 :#5 AND #8。

#10: Randomized Controlled Trial [Filter]。

#11 :#9 AND #10。

1.3 文献筛选及资料提取

使用 EndNote X9 软件对完成检索的文献进行初步去重,并由 2 名研究者严格遵守既定的纳入/排除标准筛选文献。由两名研究人员独立从符合纳入/排除标准的文献中提取关键信息,包括第一作者、发表年份、疾病类型、样本量、干预措施及结局指标等。提取完成后,双方进行交叉核对,以确保数据准确一致。若两位研究者意见不一致,则引入第三名研究者共同商议,并以其讨论结果作为最终判定依据。

1.4 文献质量评价

由两名研究者参照 Cochrane 5.1.0 偏倚风险评估工具独立对纳入随机对照试验开展文献质量评价^[9],该评价体系共包括 7 个评价项目,每个项目分别判定为“偏倚风险低”“偏倚风险高”或“不清楚”。依据评价结果划分文献质量等级:全部条目均符合评价标准定为 A 级,部分条目达标定为 B 级,完全不符合评价标准则定为 C 级。

1.5 统计学方法

采用 RevMan5.4 软件进行 Meta 分析。二分类变量以相对风险率 (relative risk, RR) 和 95%CI 表示,连续型变量以 95%CI 表示。采用 χ^2 检验评估数据是否存在异质性,若 $P>0.05$, $I^2<50\%$ 则各研究间无明显统计学异质性,以固定效应模型进行 Meta 分析;若 $P<0.05$, $I^2>50\%$ 则各研究间异质性较大,以随机效应模型计算合并效应量。若异质性较大或无法判断其来源时,则使用 Stata18.0 软件进行敏感性分析,以判断异质性来源。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 文献检索结果

初检共检出 2 031 篇相关文献。在去除重复文献并逐层复筛后,最终有 4 篇^[10-11,14-15]符合标准,纳入 Meta 分析,总计涉及 443 例患者。见图 1、表 1。为全面呈现现有饮食干预措施,另有 2 篇^[12-13]虽未纳入

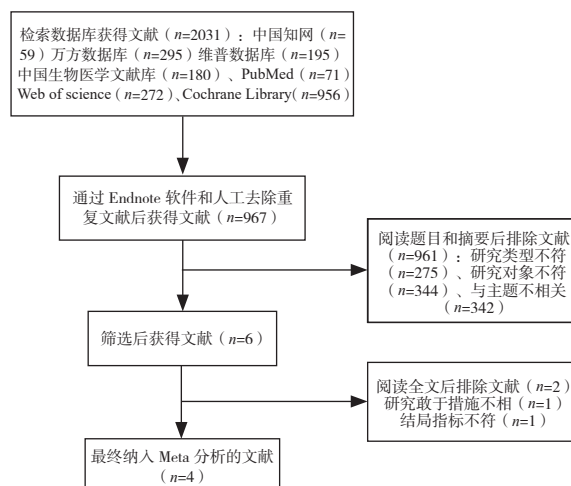


图 1 文献筛选流程

Meta 分析,但其研究特征亦予以系统描述。

2.2 纳入文献的质量评价结果

6 篇文献^[10-15]的质量等级均评定为 B 级,整体处于中等水平。由于本研究关注的是术后经口进食干预,研究对象和干预实施者难以实施盲法,故该部分偏倚风险均评定为“高风险”。随机对照试验的质量评价结果,见表 2。

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 早期经口进食对上消化道 ESD 术后出血率的影响 4 项研究^[10-11,14-15]探讨了早期经口进食对患者 ESD 术后出血率的影响。经异质性检验,各研究间未观察到明显异质性 ($\chi^2=0.45$, $P=0.46$, $I^2=0\%$)。基于此,采用固定效应模型进行后续分析。结果显示,与常规禁食相比,早期经口进食并未显著增加上消化道 ESD 术后出血风险,组间差异无统计学意义 ($RR=1.39$, 95%CI: 0.34~5.68, $P=0.65$),见图 2。

2.3.2 早期经口进食对上消化道 ESD 术后腹痛的影响 2 项研究^[10-11]报告了早期经口进食对上消化道 ESD 术后腹痛的影响。对纳入研究进行异质性检验后发现,各项研究间存在异质性 ($\chi^2=3.21$, $P=0.07$, $I^2=69\%$)。为减少模型误判风险,本研究采用随机效应模型进行分析。结果显示,早期经口进食与常规禁食在术后腹痛方面差异无统计学意义 ($MD=0.08$, 95%CI: -0.40~0.55, $P=0.76$),见图 3。

2.3.3 早期经口进食对上消化道 ESD 术后溃疡愈合率的影响 2 项研究^[10-11]报告了早期经口进食对 ESD 术后溃疡愈合率的影响。异质性检验结果显示,研究间无异质性 ($\chi^2=0.92$, $P=0.34$, $I^2=0\%$),故采用固定效应模型进行分析。结果显示,早期经口进食组与常规禁食组在溃疡愈合率方面差异无统计学意义 ($RR=1.05$, 95%CI: 0.60~1.85, $P=0.86$),见图 4。

2.3.4 早期经口进食对上消化道 ESD 术后住院时间的影响 3 项研究^[10-11,14]报告了早期经口进食对

表 1 纳入文献的基本特征(n=6)

研究者	发表时间	国家	疾病类型 / 手术方式	样本量（E/C，例）	年龄（ $\bar{x} \pm s$ ，岁）	
					试验组	对照组
Kim ^[10]	2014	韩国	胃上皮瘤 /ESD	63/57	62.5 ± 8.8	61.1 ± 10.1
OH ^[11]	2017	韩国	胃上皮瘤 /ESD	50/51	66.8 ± 10.1	64.9 ± 9.1
Miyakawa ^[12]	2019	日本	胃肿瘤 /ESD	50/50	72.4 ± 9.0	70.5 ± 10.1
刘梅娟 ^[13]	2020	中国	上消化道病变 /ESD	37/41	53.54 ± 8.95	54.10 ± 8.12
陈美琴 ^[14]	2022	中国	上消化道病变 /ESD	51/50	55.74 ± 7.91	55.26 ± 7.68
郭九英 ^[15]	2023	中国	早期胃癌 /ESD	61/60	49.23 ± 7.11	49.16 ± 6.87

研究者	干预措施	
	试验组	对照组
Kim ^[10]	术后当天→晚餐清流食	术后禁食 2 d，术后第 3 天→上午软食，下午普食
OH ^[11]	术后第 1 天→早餐清流食，午餐软食，晚餐普食	
	术后第 1 天（再次内镜检查无误）→早餐和午餐饮水，晚餐流食	术后第 2 天→早餐和午餐饮水，晚餐流食
	术后第 2 天→早餐流食，午餐晚餐软食	术后第 3 天→早餐流食，午餐晚餐软食
Miyakawa ^[12]	术后第 3 天→普食	术后第 4 天→普食
	术后次日再次内镜检查止血确认后，固体饮食（米粥）	术后第 1 天（再次内镜检查无误）→流食
		术后第 2 天→早餐午餐 30% 浓度米粥，晚餐 50% 浓度米粥
刘梅娟 ^[13]		术后第 3 天→早餐 50% 浓度米粥，午餐晚餐 70% 浓度米粥
		术后第 4 天→米饭 / 普食
	麻醉苏醒 10 min 后→饮水 20 ml，无不适可自由饮水	麻醉苏醒 1 h 后→饮水 20 ml，无不适可自由饮水
陈美琴 ^[14]	术后 2 h→流食	术后 24 h→流食
	术后 7 h→半流食或无渣软食	术后 48 h→半流食或无渣软食
	术后 7 d→正常饮食	术后 7 d→正常饮食
郭九英 ^[15]	麻醉苏醒 10 min 后→饮水 20 ml，无不适可自由饮水	麻醉苏醒 1 h 后→饮水 20 ml，无不适可自由饮水
	术后 2 h→流食	术后 24 h→流食
	术后 12 h→半流食或无渣软食	术后 48 h→半流食或无渣软食
	术后 5 d→正常饮食	术后 7 d→正常饮食
	麻醉苏醒 10 min 后→饮水 20 ml，无不适可自由饮水	麻醉苏醒 1 h 后→饮水 20 ml，无不适可自由饮水
	术后 2 h→流食	术后 24 h→流食
	术后 7 h→半流食或无渣软食	术后 48 h→半流食或无渣软食
	术后 7 d→正常饮食	术后 7 d→正常饮食

研究者	结局指标
Kim ^[10]	术后出血率、腹痛评分、溃疡愈合率、住院时间、患者满意度
OH ^[11]	术后出血率、腹痛评分、溃疡愈合率、住院时间、患者满意度
Miyakawa ^[12]	术后出血率、溃疡愈合率
刘梅娟 ^[13]	腹痛发生率
陈美琴 ^[14]	术后出血率、患者满意度、住院时间
郭九英 ^[15]	术后出血率

注：ESD：内镜粘膜下剥离术；E/C：对照组/干预组。

表 2 随机对照试验的文献质量评价结果(n=6)

作者	各项目的风险评估等级							文献质量等级
	1	2	3	4	5	6	7	
Kim 等 ^[10]	低	低	高	高	低	低	低	B
OH 等 ^[11]	低	低	高	高	低	低	低	B
Miyakawa 等 ^[12]	低	低	高	高	低	低	低	B
刘梅娟等 ^[13]	低	—	高	高	低	高	—	B
陈美琴等 ^[14]	低	—	高	高	低	低	—	B
郭九英等 ^[15]	低	—	高	高	低	低	—	B

注：1：随机分配方法；2：分配隐藏；3：对研究对象及实施者施盲；4：结果测评者施盲；5：结果数据的完整性；6：选择性报告研究结果；7：其他偏倚。—：不清楚。

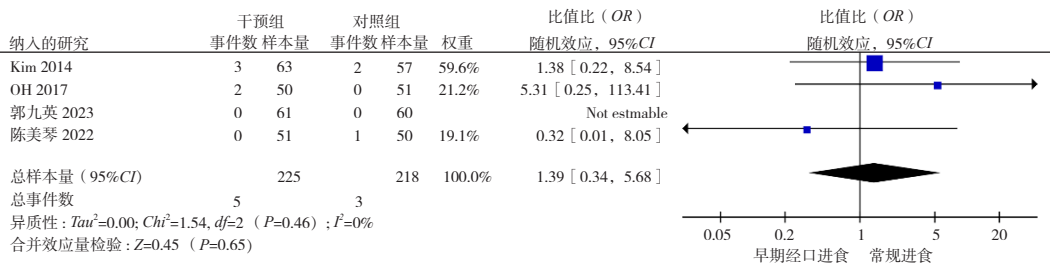


图 2 早期经口进食对上消化道出血内镜粘膜下剥离术后出血率的影响

患者ESD术后住院时间的影响。结果显示无异质性 ($\chi^2=1.42, P=0.49, I^2=0$), 故采用固定效应模型进行分析。结果表明, 早期经口进食有助于缩短术后住院时长, 差异具有统计学意义 ($MD=-0.85, 95\%CI: -1.02 \sim -0.67, P<0.01$), 见图 5。

2.3.5 早期经口进食对上消化道ESD术后患者满意度的影响 3项研究^[10-11,14]评估了早期经口进食对患者ESD术后满意度的影响。鉴于异质性检验结果 ($\chi^2=4.37, P=0.11, I^2=54\%$) 表明各研究间存在一定的异质性, 遂采用随机效应模型进行后续分析。在此基础上比较两组干预效果发现: 早期经口进食在提高患者满意度方面优于常规禁食, 其组间差异达到统计学显著水平 ($MD=0.32, 95\%CI: 0.17 \sim 0.47, P<0.01$), 见图 6。

2.4 文献发表偏倚

由于本研究纳入Meta分析的文献数量较少, 难以

通过Egger检验和Begg检验等统计方法有效识别发表偏倚, 故采用稳健性分析进行评估。结果显示, 逐一剔除任一文献后, 汇总风险比及其95%置信区间无显著变化 (RR 介于1.056至1.705之间), 表明单个研究对整体合并效应影响有限, 结果稳健可靠, 未见明显发表偏倚。

3 讨论

3.1 早期经口进食的时机与饮食形式选择

既往有调查发现, 术后延迟进食因禁食时间较长, 患者依从性较低, 且饮食体验和总体满意度不佳^[16]。本研究结果表明, 在术中止血充分的前提下, 早期经口进食不仅是安全的, 同时能够改善患者的体验感和满意度, 与既往Meta分析结果相符^[7-8]。关于进食时机, 一般选择在术后6~24h启动^[10-12], 最早可达术后2h^[13-15]。然而, 目前关于最佳进食时机尚无统一结

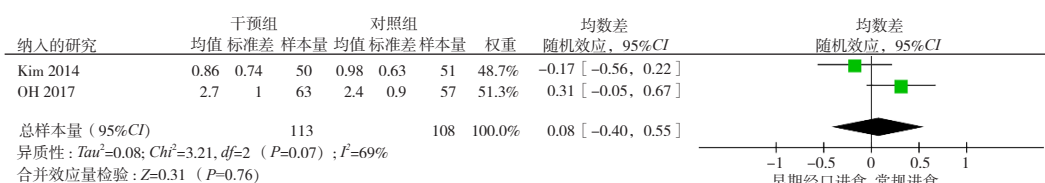


图3 早期经口进食对上消化道出血内镜粘膜下剥离术后腹痛的影响

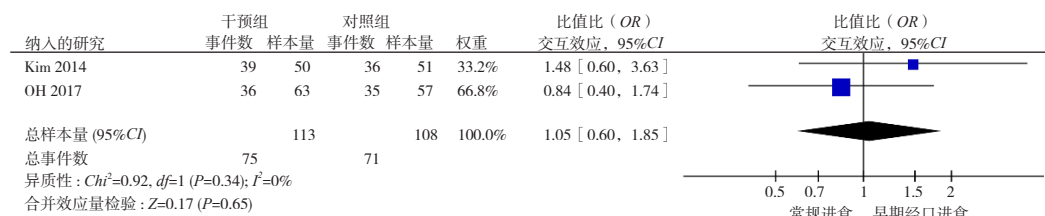


图4 早期经口进食对上消化道出血内镜粘膜下剥离术后溃疡愈合率的影响

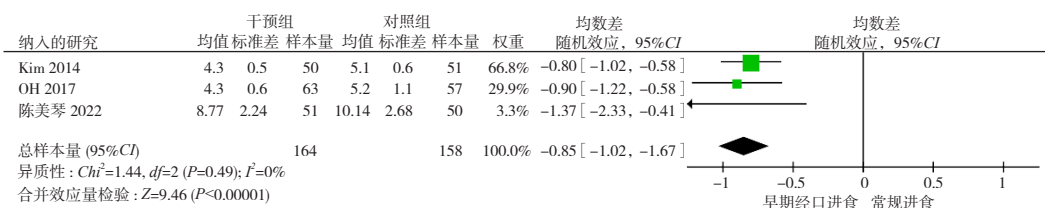


图5 早期经口进食对上消化道出血内镜粘膜下剥离术后住院时间的影响

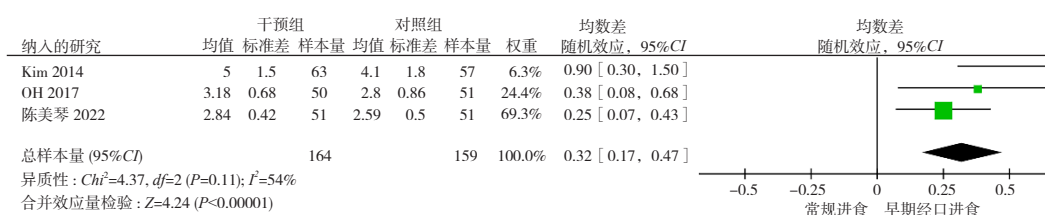


图6 早期经口进食对上消化道出血内镜粘膜下剥离术后患者满意度的影响

论, 现有研究报道多集中在术后 12 h 至 24 h 之间^[17], 其差异可能与手术复杂度、患者基础状况及围术期管理模式等因素相关, 仍需通过多中心、高质量研究进一步加以验证。

关于饮食形式, 临床实践通常采取由流质逐步过渡至半流质或软食的渐进式模式, 以降低食物对创面的机械性摩擦和化学性刺激, 同时便于评估耐受情况和消化功能恢复^[18-19]。Miyakawa 等^[12]的前瞻性研究提示, 在止血充分和严密监测条件下, 固体饮食与流质饮食在并发症风险方面无显著差异, 但固体饮食能够明显改善患者的饮食受限感, 提高整体进食体验。这提示, 若条件允许, 直接给予半流食可能在保证安全性的同时带来更好的营养补充和就餐体验。然而, 目前相关证据仍十分有限, 尚不足以支持其在临床中的普遍推广。未来应开展更多高质量研究, 进一步探索饮食多样性在提升患者体验与促进营养恢复方面的价值。

3.2 早期经口进食与出血风险

出血是上消化道ESD术后最常见的并发症之一, 其发生率与切除范围、黏膜缺损深度及术中止血质量密切相关^[20]。本研究结果显示, 在术中创面处理充分、术后风险评估到位的情况下, 早期经口进食不会显著增加出血风险。需要注意的是, 部分研究在进食前常规行二次胃镜复查以确认止血情况并进行处理^[11-12], 但有系统评价指出, 常规二次内镜检查并未稳定降低延迟出血发生率, 反而可能增加患者负担和额外操作风险^[21]。综合来看, 术后是否实施早期进食的关键在于术中止血质量的保障和个体化风险评估, 而二次内镜复查可作为高危患者的选择性措施, 但并不适合作为普遍推广的常规策略。

此外, 杨沱等^[22]的回顾性研究提示, ESD术后局部胃壁变薄, 若过早大量进食或进食速度过快, 胃肠蠕动增强后可能增加食物、钛夹与创面之间的摩擦, 进而诱发钛夹脱落和出血。因此, 早期经口进食并不等同于快速恢复普通饮食。术后饮食仍应强调少量多次、细嚼慢咽, 并结合患者腹部症状和排便、呕血、黑便等情况动态调整。

3.3 早期经口进食与术后腹痛

腹痛是患者在上消化道ESD术后常见的不适, 但多为自限性症状^[23]。本研究结果提示, 早期经口进食对术后腹痛的发生率及程度均无显著影响, 说明疼痛更主要受创面范围、止血充分性及个体疼痛敏感性等因素影响^[23-24], 与进食时机相关性有限。这一结果也提示, 若要改善ESD术后疼痛, 仅依靠延迟或提前进食可能作用有限。

现有研究已从多个角度探索疼痛干预方式。宋芬等^[25]开展的随机对照试验显示, 全身麻醉手术中使

用降噪耳机可减少术中噪声刺激, 对术后恢复质量和疼痛控制具有一定帮助。田恬等^[26]针对早期食管癌ESD术后患者开展研究, 结果显示针对性体位管理能够改善术后疼痛和舒适度, 其中头高脚低 30° 卧位效果较为突出。范亚硕等^[27]则提出, 系统性联合个体化干预可改善早期胃癌ESD患者围术期指标, 并缓解疼痛和负性情绪。综上所述, 进食时机对术后腹痛的影响有限, 而环境调控、体位管理及综合干预等措施显示出积极效果。未来应在上消化道ESD人群中进一步验证多模式干预的有效性与安全性, 并逐步形成标准化、个体化的疼痛管理方案。

3.4 早期经口进食与溃疡愈合

传统上认为, 若术后过早进食, 可刺激胃酸大量分泌, 增加对术后溃疡创面的刺激, 从而不利于愈合^[28]。本研究结果则显示, 在止血充分和规范抑酸治疗的前提下, 早期经口进食并未增加溃疡愈合障碍风险。其可能原因在于, 食物进入胃内后能够稀释胃液、部分中和胃酸, 从而减轻对创面的化学性损伤^[29-30], 同时, 术后常规应用的质子泵抑制剂可显著降低胃酸水平, 促进创面修复^[31]。鉴于现有研究对溃疡愈合的观察时间并不完全一致, 未来研究应在多中心、大样本的前瞻性试验中, 进一步验证不同饮食时机与饮食类型对溃疡愈合的影响, 并结合抑酸方案与个体差异, 建立更具循证依据的饮食管理策略。

3.5 早期经口进食对患者术后体验的改善

除安全性外, 患者体验同样是临床决策的重要维度。本研究结果显示, 早期经口进食可缩短住院时间, 并提高患者满意度。其机制可能包括: (1) 尽早恢复口服摄入可减少禁食带来的饥饿感和营养不足; (2) 早期进食有助于增强胃肠蠕动、改善排空功能, 从而加快恢复^[32]; (3) 心理层面上, 进食本身可缓解焦虑与不适, 提升护理满意度^[33]。然而, 目前研究在满意度评价工具和方法学方面存在异质性, 部分研究缺乏盲法设计, 患者的主观预期可能影响结果。未来研究应统一评价标准, 采用多维度工具全面评估患者的生理、心理和社会恢复情况, 从而更客观地反映早期进食的临床价值。

4 小结

本研究结果提示, 在术中止血充分的前提下, 早期经口进食对上消化道ESD术后患者具有较高的安全性, 并未显著增加出血、腹痛及溃疡愈合障碍风险, 同时可缩短住院时间、提升患者满意度, 显示出一定的临床应用潜力。然而, 现有研究数量有限、样本量偏小, 研究质量不一, 且进食启动时机、饮食形式及结局指标存在明显异质性, 这一情况或可削弱研究结果的可靠

性,并限制其向更广泛人群或临床实践中的推广能力。

未来研究应开展多中心、大样本、长期随访的随机对照试验,统一干预方案与评价标准,构建标准化的临床路径,提高证据的科学性与可比性。同时,应结合术中止血情况及个体恢复差异,制定精准化的饮食管理策略,并重视患者的主观饮食体验,深入探讨依从性影响因素,推动医患共同决策,从而进一步改善术后预后与整体护理质量。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline–Update 2022[J]. *Endoscopy*, 2022, 54(6): 591–622.
- [2] 国家消化内镜专业质控中心, 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海), 国家消化道早癌防治中心联盟, 等. 中国内镜黏膜下剥离术相关不良事件防治专家共识意见(2020, 无锡)[J]. *中华消化内镜杂志*, 2020, 37(6): 390–403.
- [3] 国家消化系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会消化内镜学分会, 中国医师协会消化医师分会. 胃内镜黏膜下剥离术围手术期指南[J]. *中华消化内镜杂志*, 2017, 34(12): 837–851.
- [4] 向葵, 何燕, 王军. 内镜黏膜下剥离术治疗上消化道病变的护理[J]. *重庆医学*, 2011, 40(15): 1551–1552.
- [5] 范翠平. 钛夹术术前术后禁食禁水的时间对胃肠道息肉患者不良反应的影响[J]. *中国药物与临床*, 2015(6): 870–871+872.
- [6] 陈连英, 韦薇, 梁银霞, 等. 液体管理在内镜诊疗围术期禁食患者护理中的应用评价[J]. *护理实践与研究*, 2023, 20(6): 799–803.
- [7] Kan SW, Huang TY, Ma HP, et al. Early versus delayed feeding after therapeutic endoscopic procedures: meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Dig Endosc*, 2022, 34(3): 451–458.
- [8] Watanabe J, Watanabe J, Kotani K. Early vs. delayed feeding after endoscopic submucosal dissection for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Medicina (Kaunas)*, 2020, 56(12): 653.
- [9] Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 10(10): ED000142.
- [10] Kim S, Cheoi KS, Lee HJ, et al. Safety and patient satisfaction of early diet after endoscopic submucosal dissection for gastric epithelial neoplasia: a prospective, randomized study[J]. *Surg Endosc*, 2014, 28(4): 1321–1329.
- [11] Oh KH, Lee SJ, Park JK. Optimal duration of fasting period after endoscopic submucosal dissection for gastric epithelial neoplasia: a prospective evaluation[J]. *J Dig Dis*, 2017, 18(8): 445–452.
- [12] Miyakawa A, Kodera S, Sakuma Y, et al. Effects of early initiation of solid versus liquid diet after endoscopic submucosal dissection on quality of life and postoperative outcomes: a prospective pilot randomized controlled trial[J]. *Digestion*, 2019, 100(3): 160–169.
- [13] 刘梅娟, 周丽华, 唐美云, 等. 2 种术后进食方案在上消化道内镜黏膜下剥离术患者的应用效果观察[J]. *护理学报*, 2020, 27(8): 51–53.
- [14] 陈美琴, 张秀桔, 赖珊玲. 上消化道内镜黏膜下剥离术后患者早期经口进食的应用效果[J]. *医学理论与实践*, 2022, 35(19): 3401–3403.
- [15] 郭九英, 李继东, 皇甫冬梅. 早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术后的不同进食时机探讨[J]. *实用中西医结合临床*, 2023, 23(16): 60–63.
- [16] 李莹, 王锦香, 陈益钗, 等. 饮食干预对内镜黏膜下剥离术并发症发生率的影响[J]. *广西医科大学学报*, 2019, 36(5): 860–862+封3.
- [17] 仲蕾媛, 庄若, 朱丽群, 等. 预防内镜下黏膜病变治疗术后出血的最佳证据总结[J]. *护士进修杂志*, 2023, 38(15): 1398–1404.
- [18] John RS. Management and prevention of bleeding after colonoscopy with polypectomy[EB/OL]. (2021–12–10) [2022–03–20].
- [19] 程芮, 李鹏. 胃内镜黏膜下剥离术围术期指南[J]. *中国医刊*, 2017, 52(12): 12–24.
- [20] 毛旭燕, 王文海, 孙秀静, 等. 回顾性分析内镜吻合夹系统治疗活动期难治性消化道溃疡出血临床疗效及影响因素研究[J]. *中国实用内科杂志*, 2025, 45(1): 62–66.
- [21] Kim EH, Park SW, Nam E, et al. Role of second-look endoscopy and prophylactic hemostasis after gastric endoscopic submucosal dissection: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2017, 32(4): 756–768.
- [22] 杨沱, 吴以龙. 钛夹脱落致消化道出血 2 例报告[J]. *微创医学*, 2011, 6(3): 272–273.
- [23] 陈俊旭, 张小梦, 张宗霞, 等. 消化道早期癌内镜黏膜下剥离术后疼痛现状及影响因素分析[J]. *成都医学院学报*, 2025, 20(1): 50–53+57.
- [24] 孙静, 肖淑珺. 个体化预测早期食管癌内镜黏膜下剥离

- 术术后中重度疼痛的列线图模型的建立[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2023, 15(1): 51-57.
- [25] 宋芬, 刘晓杰, 刘玥. 使用降噪耳机隔离术中噪声对食管胃病变内镜下黏膜下剥离术后早期恢复质量的影响[J]. 实用医学杂志, 2025, 41(5): 704-710.
- [26] 田恬, 李娟, 吴兆荣, 等. 早期食管癌患者行内镜下黏膜剥离术后不同角度体位对其疼痛的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2024, 40(16): 1201-1206.
- [27] 范亚硕, 潘静, 韦昭. 系统性联合个体化干预对经内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌患者围手术期指标、疼痛及心理状态的影响[J]. 癌症进展, 2020, 18(24): 2578-2581.
- [28] 赵华莹. 内镜下黏膜下剥离术治疗胃食管连接部病变的疗效分析[D]. 南宁: 广西医科大学, 2015.
- [29] Goto O, Fujishiro M, Kodashima S, et al. Short-term healing process of artificial ulcers after gastric endoscopic submucosal dissection[J]. Gut Liver, 2011, 5(3): 293-297.
- [30] 周燕湘, 张秀妮, 杨惠贤, 等. 禁食与进食对胃溃疡伴出血患者止血效果的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(20): 28-30.
- [31] Wang Y, Shu M, Yang B, et al. Effect of proton pump inhibitors compared to histamine-2 receptor antagonists on bleeding management and wound healing after endoscopic mucosal resection or endoscopic submucosal dissection: a meta-analysis of randomized clinical trials[J]. Adv Clin Exp Med, 2024, 33(12): 1317-1327.
- [32] 李海霞. 术后早期进食对内镜下肠息肉切除术患者营养状况及舒适度的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(21): 1622-1627.
- [33] Carey SK, Conchin S, Bloomfield-Stone S. A qualitative study into the impact of fasting within a large tertiary hospital in Australia-the patients' perspective[J]. J Clin Nurs, 2015, 24(13-14): 1946-1954.