

阶梯式饮食护理在 EUS-GE 术后输入袢综合征患者中的价值探究

赵延凤, 柴盼盼, 马 静*

宁夏医科大学总医院 宁夏银川

【摘要】目的 探究阶梯式饮食护理在超声内镜下胃空肠吻合 (EUS-GE) 术后输入袢综合征患者中的临床应用价值。**方法** 选取 86 例 EUS-GE 术后并发输入袢综合征患者, 随机分为两组各 43 例。对照组采用常规术后饮食护理, 观察组实施阶梯式饮食护理, 对比两组患者胃肠功能恢复情况、营养状态及术后并发症发生率。**结果** 观察组比对照组胃肠功能恢复、住院时长等康复指标更优, 术后营养指标水平更高, 并发症发生率更低, 均 $P < 0.05$ 。**结论** 阶梯式饮食护理可有效促进 EUS-GE 术后输入袢综合征患者康复, 改善机体营养状况, 降低术后并发症风险, 临床应用价值较高。

【关键词】 阶梯式饮食干预; 超声内镜下胃空肠吻合术; 输入袢综合征; 胃肠功能; 营养状况; 术后并发症

【收稿日期】 2026 年 9 月 5 日

【出刊日期】 2026 年 10 月 2 日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20260546

Exploring the value of stepwise dietary care in patients with input loop syndrome after EUS-GE

Yanfeng Zhao, Panpan Chai, Jing Ma*

Ningxia Medical University General Hospital, Yinchuan, Ningxia

【Abstract】 Objective To explore the clinical application value of tiered dietary care in patients with input loop syndrome after endoscopic gastrojejunostomy (EUS-GE) surgery. **Methods** 86 patients with input loop syndrome after EUS-GE surgery were selected and randomly divided into two groups of 43 patients each. The control group received routine postoperative dietary care, while the observation group received tiered dietary care. The recovery of gastrointestinal function, nutritional status, and incidence of postoperative complications were compared between the two groups of patients. **Results** The observation group had better recovery indicators such as gastrointestinal function recovery and length of hospital stay compared to the control group, higher levels of postoperative nutritional indicators, and lower incidence of complications, all $P < 0.05$. **Conclusion** Stepwise dietary care can effectively promote the recovery of patients with EUS-GE postoperative input loop syndrome, improve their nutritional status, reduce the risk of postoperative complications, and has high clinical application value.

【Keywords】 Stepwise dietary intervention; Endoscopic gastrojejunostomy under ultrasound; Input loop syndrome; Gastrointestinal function; Nutritional status; Postoperative complications

超声内镜下胃空肠吻合术是治疗胃流出道梗阻的微创术式, 临床应用广泛^[1]。输入袢综合征为该术后常见特异性并发症, 以肠管引流不畅、消化液淤积为主要病理改变, 可引发腹痛、腹胀、呕吐等症状, 阻碍患者术后康复。临床常规饮食干预模式统一固化, 未结合患者个体胃肠功能恢复差异调整方案, 临床适配性有限。阶梯式饮食护理依据肠道修复生理规律, 分阶段个体化调整饮食方案, 可精准适配术后胃肠功能恢复节奏^[2]。本研究通过对照研究分析该护理模式的临床效果, 旨在优化术后护理方案, 为临床康复干

预提供参考, 详见下述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2026 年 1 月本院消化内科收治的 86 例 EUS-GE 术后确诊输入袢综合征患者, 采用随机数字表法分为两组, 每组 43 例。对照组包含男性 24 例, 女性 19 例, 年龄区间 42 至 73 岁, 平均年龄 57.36 ± 8.25 岁; 原发疾病类型: 胃癌所致梗阻 28 例, 良性胃溃疡所致梗阻 15 例。观察组包含男性 23 例, 女性 20 例, 年龄区间 41 至 75 岁, 平均年龄 $58.12 \pm$

*通讯作者: 马静

8.43 岁; 原发疾病类型: 胃癌所致梗阻 26 例, 良性胃溃疡所致梗阻 17 例。两组患者基线资料具备对照研究条件。

纳入标准: 患者均顺利完成 EUS-GE 手术, 经影像学及临床症状确诊术后输入袢综合征; 年龄 40~75 岁, 临床资料完整; 生命体征平稳, 无危重脏器功能衰竭表现; 患者及家属知情同意, 可全程配合护理及随访。

排除标准: 合并严重肝肾功能损伤、凝血功能障碍及全身性基础疾病者; 合并肠道穿孔、重度腹腔感染等严重术后并发症者; 术前存在重度营养不良、原发性胃肠功能异常者; 合并精神认知障碍, 无法配合干预者; 中途退出、失联及死亡病例。

1.2 方法

对照组采用临床常规术后饮食护理。患者术后持续禁食禁水, 待胃肠蠕动恢复、肛门自主排气后, 统一开启流质饮食, 按照临床常规流程逐步过渡至半流质、普通饮食。护理人员常规宣教饮食禁忌与进食注意事项, 依据患者主观感受微调进食量, 全程实施标准化统一干预, 不开展分阶段、个体化饮食调整。

观察组同时进行阶梯式个体化饮食护理, 结合患者胃肠功能恢复情况及症状缓解程度, 分四阶段梯度开展饮食干预, 动态适配肠道修复节奏。第一阶段为术后禁食期, 术后至肛门排气前持续胃肠减压, 严禁经口进食, 通过静脉补液维持水电解质及基础营养, 每日评估胃肠功能及腹部症状变化。第二阶段为清流质饮食期, 肛门排气、腹胀缓解后开展, 持续 2 至 3 天, 给予温开水、米汤等无渣清流质食物, 单次进食 50 至 100mL, 每 2 小时进食一次, 每日总摄入量不超过

800mL, 规避产气、刺激性食物, 进食后观察有无不良反应。第三阶段为流质饮食期, 患者耐受清流质饮食后过渡, 持续 3 至 4 天, 添加粥汤、过滤果蔬汁及营养流质制剂, 单次进食 100 至 150mL, 每 1.5 小时进食一次, 每日总摄入量控制在 1000 至 1200mL, 坚持少量多餐。第四阶段为半流质饮食期, 胃肠功能基本恢复后实施, 为期 1 周左右, 选用烂粥、烂面条、蒸蛋羹等易消化食物, 单次进食 150 至 200mL, 每日进食 5 至 6 次, 指导患者细嚼慢咽。各阶段均开展胃肠功能评估, 出现不适立即退回上一饮食阶段, 同时结合患者营养状况动态调整饮食方案, 平稳过渡至普通饮食。

1.3 观察指标

①术后康复指标: 肛门排气时间、胃肠功能完全恢复时间及住院总时长; ②营养状态指标: 分别于干预前、干预 2 周后采集患者空腹静脉血, 检测血清白蛋白、血红蛋白、前白蛋白三项核心营养指标; ③并发症情况: 统计两组患者术后腹胀呕吐、继发性肠道梗阻、营养不良等不良事件发生率。

1.4 统计学方法

数据均用 SPSS26.0 处理, 计数项表述形式 $n(\%)$, χ^2 检验; 计量项表述形式 $(\bar{x} \pm s)$, t 检验; 组间数据估计, $P < 0.05$ 时, 差异显著。

2 结果

2.1 术后恢复指标对比

观察组比对照组患者肛门排气时间、胃肠功能恢复时间及住院总时长均更短, 见表 1。

2.2 营养指标对比

干预 2 周后, 观察组比对照组的营养指标水平更高, 见表 2。

表 1 组间术后恢复指标对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	肛门排气时间 (h)	胃肠功能恢复时间 (d)	住院时长 (d)
对照组	43	48.62 ± 5.31	5.12 ± 1.23	12.36 ± 2.15
观察组	43	36.25 ± 4.86	3.25 ± 0.96	8.62 ± 1.83
t	-	11.269	7.859	8.686
P	-	0.000	0.000	0.000

表 2 组间营养指标对照 $(\bar{x} \pm s)$

分组	例数	白蛋白 (g/L)		血红蛋白 (g/L)		前白蛋白 (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	43	32.15 ± 3.26	35.62 ± 3.41*	105.36 ± 10.25	112.63 ± 11.32*	182.36 ± 20.15	215.63 ± 22.36*
观察组	43	31.98 ± 3.32	39.85 ± 3.62*	104.89 ± 10.18	121.58 ± 12.05*	180.95 ± 19.86	258.42 ± 24.13*
t		0.240	5.578	0.213	3.550	0.327	8.529
P		0.811	0.000	0.832	0.001	0.745	0.000

注: 同组前后对比, $P < 0.05^*$ 。

表 3 两组患者并发症发生率对比 (例)

组别	例数	腹胀呕吐	肠道再次梗阻	营养不良	总发生率 (%)
对照组	43	6	3	4	30.23
观察组	43	2	1	1	9.30
χ^2	-	-	-	-	5.939
P	-	-	-	-	0.015

2.3 并发症发生率对比

观察组比对照组术后各类并发症总发生率更低, 见表 3。

3 讨论

EUS-GE 术后输入袢综合征属于术后机械性肠道功能障碍疾病, 多由手术所致肠管解剖结构改变引发, 以肠内容物排空障碍、消化液淤积为主要病理特征, 可诱发腹痛、腹胀、呕吐等症状。该病患者术后肠道黏膜存在创伤, 胃肠耐受度较差, 不合理的饮食干预会加重肠道负荷, 加剧临床症状, 诱发二次梗阻、营养不良等并发症, 是阻碍患者术后康复的核心难点。

阶梯式饮食护理遵循胃肠黏膜修复、肠道功能重建的渐进性生理特点, 以个体化病情评估为依据, 梯度调整饮食结构、进食量及频次^[3]。该模式突破了传统统一化饮食护理的局限性, 可动态适配患者术后肠道恢复状态, 在保护受损肠黏膜、减少饮食刺激的同时, 循序渐进补充机体营养, 实现肠道功能修复与营养支持协同推进, 临床干预安全性与适配性更优^[4-5]。

结合研究数据, 观察组较对照组肛门排气时间、胃肠功能恢复时间及住院周期均更短, 术后血清营养指标改善更显著, 并发症发生率明显更低, 组间疗效优势明确。常规饮食干预采用固定统一的饮食过渡方案, 未适配患者术后肠道损伤、排空障碍的病理特点, 早期饮食负荷易加重消化液淤积, 抑制肠道蠕动恢复, 同时营养摄入不均衡, 易导致术后营养流失、腹胀呕吐及继发性梗阻等问题。阶梯式饮食干预遵循肠道修复节律, 通过禁食休养、清流质、流质至半流质的梯度递进模式, 循序渐进激活胃肠动力, 规避过早进食引发的肠道损伤, 有效加快胃肠功能康复^[6-7]。同时阶段性精准补给营养, 可纠正术后高代谢引发的营养失衡, 持续改善机体营养状态。此外, 动态评估调整的干预方式能够及时规避饮食风险, 减少肠道淤积相关并发症, 全方位提升术后康复质量, 整体干预效果显著优于常规护理模式^[8]。

综上, 阶梯式饮食护理应用于 EUS-GE 术后输入

袢综合征患者优势显著。该干预模式契合患者术后胃肠修复规律, 改善机体营养状况, 降低术后并发症风险, 临床应用价值较高。

参考文献

- [1] 金春燕,殷芹,杨华.超声内镜引导胃空肠吻合术在治疗胃出口梗阻患者中的应用效果[J].中国内镜杂志,2023,29(4):57-63.
- [2] 姜连金,朱小英,石小磊,等.基于 Kano 模型的胃肠息肉切除患者术后早期家庭饮食护理指导需求分析[J].中国实用护理杂志,2025,41(25):1978-1985.
- [3] 阚陈茹,吴敬医,姜华.阶梯式饮食联合心理干预对急性胰腺炎患者营养状况和焦虑抑郁的影响[J].安徽医学,2023,44(7):844-847.
- [4] 牛丽,刘婷,刘登焕.跨理论模型指导下的饮食干预联合阶梯式心理护理对胃癌术后患者的影响[J].心理月刊,2024,19(11):161-163.
- [5] 赵芳,张倩.阶梯饮食护理干预在过敏性紫癜患儿症状消失中的应用效果[J].贵州医药,2023,47(6):1007-1008.
- [6] 李伟林,刘芹.早期主动性护理结合阶梯式饮食干预在急性胰腺炎病人护理中的应用[J].循证护理,2026,12(01):210-213.
- [7] 杨玉婷.阶梯饮食护理干预对过敏性紫癜患儿胃肠道反应与康复状况的影响[J].生命科学仪器,2025,23(05):230-232.
- [8] 彭玲.延续阶梯式饮食护理在改善腹腔镜胆囊切除术后患者胃肠道功能中的应用[J].医学信息,2025,38(19):149-152.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS