

- tai mũi họng Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. Nguyễn Văn Tuấn (2018), Đi vào nghiên cứu khoa học, Nhà xuất bản tổng hợp thành phố Hồ Chí Minh.
 4. Nguyễn Trọng Tuấn, Tạ Trâm Anh (2023), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh", Tạp chí Y học Việt Nam, 524(2), tr. 322-326.
 5. Brescia G, Frosolini A, Franz L, Daloiso A, Fantin F, Lovato A,... & Marioni G (2023), "Chronic Otitis Media in Patients with Chronic Rhinosinusitis: A Systematic Review", Medicina, 59(1), pp. 123.
 6. Roth G. A, Abate D, Abate K. H, Abay S. M, Abbafati C, Abbasi N,... & Borschmann R (2018), "Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", The Lancet, 392(10159), pp. 1736-1788.
 7. Satoh C, et al (2021), Prevalence and characteristics of children with otitis media with effusion in Vietnam, Vaccine, 39(19). Pp. 2613-2619.
 8. Siddiq, S., & Grainger, J (2015), "The diagnosis and management of acute otitis media.
 9. American Academy of Pediatrics Guidelines 2013", Archives of Disease in Childhood-Education and Practice, 100(4), pp. 193-197.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NUÔI ĂN SỚM ĐƯỜNG TIÊU HÓA SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Thủy¹, Nguyễn Văn Hương^{1,2}, Phạm Thị Thu Hà¹, Đinh Văn Chiến¹, Nguyễn Thị Thơm¹, Nguyễn Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Huy Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 83 bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày từ tháng 02/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Có 83 bệnh nhân, tuổi trung bình $67,96 \pm 9,51$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ 1,68/1. BMI trung bình là $18,98 \pm 2,05$. Thời gian bắt đầu nuôi ăn đường tiêu hóa trung bình là $54,04 \pm 10,32$ giờ, sớm nhất là 36 giờ sau phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân dung nạp sau mổ ở nhóm nuôi ăn sớm cao hơn nhóm không nuôi ăn sớm (58,6% với 53,7%). Thời gian trung tiện trung bình ở nhóm nuôi ăn sớm là $52,66 \pm 4,18$ giờ (thấp hơn so với nhóm không nuôi ăn sớm là $78,35 \pm 6,48$ giờ, $p = 0,042$). Thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân có thực hiện nuôi ăn sớm là $6,62 \pm 1,18$ ngày (so với nhóm không nuôi ăn sớm là $7,31 \pm 1,45$ ngày, $p = 0,765$). Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng là 7,23%, ở nhóm nuôi ăn sớm là 6,9% (thấp hơn so với nhóm không nuôi ăn sớm là 7,41 với $p = 0,652$), không ghi nhận trường hợp nào có rò rỉ dạ dày. **Kết luận:** Nuôi ăn sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày là an toàn, khả thi và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, chất lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Nuôi ăn sớm đường tiêu hóa, ung thư dạ dày.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF EARLY ORAL FEEDING AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR GASTRIC CANCER

Objective: To evaluate the results of early oral feeding after laparoscopic surgery for gastric cancer at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 83 patients after laparoscopic surgery for gastric cancer from February 2021 to July 2022. **Results:** There were 83 patients, mean age was 67.96 ± 9.51 years old. Male/female ratio was 1.68/1. The mean BMI was 18.98 ± 2.05 . The average time to start oral feeding was 54.04 ± 10.32 hours, the earliest was 36 hours after surgery. The rate of patients tolerating food after surgery in the early oral feeding group was higher than the figure in the other (58.6% versus 53.7%). The average transit time in the group of patients with early oral feeding was 52.66 ± 4.18 hours (less than the other, 78.35 ± 6.48 hours, $p = 0.042$). The postoperative length of hospital stay in the early oral feeding group was 6.62 ± 1.18 days (shorter than the other, 7.31 ± 1.45 days, $p = 0.765$). The rate of patients with complications was 7.23%, while this rate in patients with early oral feeding was 6.9% (less than the other, 7.41%, $p = 0.652$), no cases of anastomotic leakage. **Conclusion:** Early oral feeding after laparoscopic surgery for gastric cancer was safe, feasible and contributed to improving treatment efficiency and quality of life for patients.

Keywords: Early oral feeding, gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính, thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đứng đầu trong các bệnh ung thư đường tiêu hóa và đây là nguyên nhân đứng hàng thứ ba gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới [1].

¹Bệnh viện HNDK Nghệ An

²Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thủy

Email: nguyenvanthuy2510@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

Suy dinh dưỡng là một vấn đề phổ biến ở những bệnh nhân này do giảm lượng ăn vào kéo dài trước phẫu thuật, giảm tiêu hóa - hấp thu thức ăn, tăng nhu cầu, mất chất dinh dưỡng qua các khối u, tác động của phẫu thuật lớn, do tác dụng phụ của thuốc... Đây là một trong những yếu tố làm gia tăng tỷ lệ các biến chứng, tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày.

Quan điểm trước kia không cho bệnh nhân ăn qua đường tiêu hóa trong thời gian đầu sau phẫu thuật, bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch cho đến khi trung tiện. Việc này không những đòi hỏi một chi phí lớn hơn cho điều trị, đối mặt với nhiều biến chứng của nuôi dưỡng tĩnh mạch, mà còn góp phần kéo dài thời gian trung tiện, thời kì liền vết thương, tăng nguy cơ suy dinh dưỡng [2].

Dinh dưỡng sớm làm giảm dị hóa sau phẫu thuật, đẩy nhanh sự hồi phục chức năng đường ruột và giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu [2]. Hiện tại, nuôi dưỡng đường miệng sớm trong vòng 24 -48 giờ sau phẫu thuật đã được thực hành rộng rãi ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa dưới và lợi ích đã được chứng minh trong nhiều thử nghiệm lâm sàng có giá trị cao. Đối với phẫu thuật dạ dày, một số nghiên cứu đã chứng minh rằng nuôi dưỡng đường miệng sớm là khả thi và an toàn ngay cả khi bắt đầu vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật [3].

Để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân ung thư dạ dày, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 83 bệnh nhân, được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 02/2021 đến tháng 07/2022, có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày, có kế hoạch phẫu thuật nội soi theo chương trình, từ 18 tuổi trở lên, có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân trong tình trạng nặng (sốc, nhiễm trùng, suy tạng nặng), chỉ định mổ cấp cứu, chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa (hẹp môn vị, tắc ruột, thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa), bệnh nhân sau

mổ không tỉnh, thở máy.

*Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm BN: Tuổi, giới, BMI, Albumin, ASA, loại vị trí phẫu thuật
- Thời điểm bắt đầu nuôi ăn đường tiêu hóa, thực phẩm bắt đầu nuôi ăn
- Triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật: nôn, buồn nôn, chướng bụng, đau quặn bụng, tiêu chảy.
- Kết quả điều trị sau mổ: Thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 83 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày từ tháng 02/2021 đến tháng 07/2022, có kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Kết quả (n = 83)	
Tuổi	67,96 ± 9,51 (46 - 89) tuổi	
Giới tính	Nam	52 (62,7%)
	Nữ	31 (37,3%)
BMI	18,98 ± 2,05 (15,5 - 25,5) kg/m ²	
Albumin máu	33,02 ± 5,17 (15,6-41) g/l	
ASA	I	12 (14,5%)
	II	47 (56,6%)
	III	24 (28,9%)
Loại PT	PT cắt toàn bộ dạ dày	20 (24,1%)
	PT cắt bán phần dạ dày	63 (75,9%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 67,96 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1,68/1. BMI, Albumin trung bình lần lượt là 18,98 kg/m² và 33,02 g/l. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA II và ASA III. Phần lớn bệnh nhân cắt bán phần dạ dày (chiếm 75,9%).

Bảng 2: Nuôi ăn đường miệng sau phẫu thuật

	Chỉ số	Kết quả
	Thời gian bắt đầu nuôi ăn đường miệng (giờ)	$\bar{X} \pm SD$ Min - Max
Thực phẩm bắt đầu nuôi ăn đường miệng	Sữa	46 (55,4%)
	Cháo loãng/ Nước cháo	23 (27,7%)
	Súp nhai/ Cháo xay nhuyễn	14 (16,9%)

Nhận xét: Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình là 54,04 ± 10,32 giờ, sớm nhất là 36 giờ sau phẫu thuật.

Thực phẩm nuôi dưỡng tiêu hóa khi bắt đầu chủ yếu là sữa (55,4%).

Bảng 3: Thời gian bắt đầu nuôi ăn đường miệng trung bình theo loại vị trí phẫu thuật

Loại vị trí phẫu thuật	Nuôi ăn sớm n (%)	Không nuôi ăn sớm n (%)	Thời gian bắt đầu nuôi ăn $\bar{X} \pm SD$ (giờ)	p
Cắt bán phần dạ dày	15 (23,8%)	48 (76,2%)	54,29 \pm 10,25	p < 0,05
Cắt toàn bộ dạ dày	14 (70%)	6 (30%)	46,95 \pm 6,8	
Tổng	29 (34,9%)	54 (65,1%)		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nuôi ăn sớm ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày cao hơn nhóm cắt bán phần dạ dày.

Nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày có thời gian bắt đầu nuôi ăn đường miệng sớm hơn so với nhóm cắt bán phần dạ dày (46,95 và 54,29 giờ). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Các triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật

Triệu chứng	Nhóm nuôi ăn sớm (n=29)	Nhóm không nuôi ăn sớm (n=54)	p
Nôn, buồn nôn	5 (17,2%)	13 (24,1%)	p = 0,42
Chướng bụng	3 (10,3%)	6 (11,1%)	
Đau quặn bụng	2 (6,9%)	2 (3,7%)	
Tiêu chảy	2 (6,9%)	4 (7,41%)	
Dung nạp tốt	17 (58,6%)	29 (53,7%)	

Nhận xét: Nhóm nuôi ăn sớm đường miệng có tỷ lệ nôn, buồn nôn, chướng bụng, tiêu chảy sau mổ thấp hơn so với nhóm không nuôi ăn sớm, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,42$).

Bảng 5. So sánh thời gian nuôi dưỡng đường tiêu hóa với thời gian trung tiện sau mổ

	Nhóm nuôi ăn sớm (n=29)	Nhóm không nuôi ăn sớm (n=54)	p
Thời gian trung tiện (giờ)	52,66 \pm 4,18	78,35 \pm 6,48	p = 0,042

Nhận xét: Nhóm nuôi ăn sớm đường miệng có thời gian trung tiện ngắn hơn so với nhóm không nuôi ăn sớm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. So sánh thời gian nuôi dưỡng đường tiêu hóa với thời gian nằm viện sau mổ

	Nhóm nuôi ăn sớm (n=29)	Nhóm không nuôi ăn sớm (n=54)	p
Thời gian nằm viện (ngày)	6,62 \pm 1,18	7,31 \pm 1,45	p = 0,765

Nhận xét: Nhóm nuôi ăn sớm đường miệng có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm không nuôi ăn sớm, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 7. Các tai biến-biến chứng sau phẫu thuật

Tai biến, biến chứng	Nuôi ăn sớm (n=29)	Không nuôi ăn sớm (n=54)	p
Rò bực miệng nổi	0	0	p = 0,652
Áp xe tồn dư	0	0	
Tắc ruột	0	0	
Nhiễm trùng vết mổ	1(3,45%)	1(1,85%)	
Viêm phổi	1(3,45%)	3(5,55%)	
Tử vong	0	0	
Tổng	2(6,9%)	4(7,41%)	

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân (7,23%) có biến chứng sau phẫu thuật, trong đó chủ yếu là viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng ở nhóm nuôi ăn sớm và không nuôi ăn sớm lần lượt là 6,9% và 7,41%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,652$.

Không có bệnh nhân nào có biến chứng rò bực miệng nổi, áp xe tồn dư, tắc ruột hay tử vong sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trước đây, bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư thường nhịn đói 3-4 ngày, chỉ bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa khi hồi phục chức năng ruột với sự xuất hiện của trung tiện, do lo ngại ăn sớm có thể gây xì bực miệng nổi.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng dinh dưỡng sau phẫu thuật cắt dạ dày, cắt đoạn ruột là an toàn ngay khi sau 12 giờ phẫu thuật [2], [4]. Các tác dụng phụ đường tiêu hóa như chướng bụng đầy hơi ít gặp. Đường nuôi dưỡng qua ống thông mũi - dạ dày, qua mở thông hồng tràng được đánh giá là an toàn, khả thi [4]. Theo tác giả Lee HS và cộng sự, nuôi ăn sớm đường tiêu hóa góp phần làm giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật, giảm biến chứng, giảm tỉ lệ tử vong [4]. Năm 2014, ERAS đã đưa ra khuyến cáo chế độ ăn đường miệng có thể bắt đầu ngày đầu tiên sau phẫu thuật cắt dạ dày [5]. Mục tiêu chính của nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau mổ cho bệnh nhân không phải là cung cấp đủ năng lượng mà là cung cấp các chất cần thiết để ruột điều chỉnh hoạt động sinh lý và chức năng hàng rào bảo vệ ruột. Cần nuôi ăn sớm trong 24-48 giờ đầu sau phẫu thuật nếu không có chống chỉ định.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian

bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng sau phẫu thuật trung bình là 54,04 giờ, sớm nhất là 36 giờ. Thời gian bắt đầu nuôi ăn trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao, do tri hoãn rút sonde dạ dày cũng như do các bác sỹ phẫu thuật thường có tâm lý lo sợ về an toàn miệng nối cũng như các biến chứng khác, nên có xu hướng nuôi ăn đường tiêu hóa muộn.

Thực phẩm nuôi dưỡng khi bắt đầu chủ yếu là sữa (55,4%) và cháo loãng (27,7%). Ở nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, tỷ lệ bệnh nhân được nuôi ăn sớm cao (70%) với thời gian bắt đầu nuôi ăn là 46,95 giờ, sớm hơn nhiều so với nhóm cắt bán phần dạ dày (54,29 giờ, và chỉ 23,8% bệnh nhân được nuôi ăn sớm sau mổ). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lý giải điều này do: bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày có tỉ lệ chướng bụng thấp hơn nhiều so với cắt dạ dày bán phần và do thói quen điều trị hậu phẫu của từng phẫu thuật viên.

Sự dung nạp của bệnh nhân cũng là một yếu tố quan trọng liên quan đến thời điểm nuôi ăn đường miệng sau phẫu thuật. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tiêu hóa trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật ở nhóm nuôi ăn sớm là 41,4%, thấp hơn nhóm không nuôi ăn sớm (46,3%). Còn lại bệnh nhân dung nạp tốt sau phẫu thuật. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong các triệu chứng này, tỷ lệ nôn, buồn nôn là triệu chứng phổ biến nhất, sau đó là chướng bụng. Các bệnh nhân này tiếp tục được nuôi dưỡng với số lượng ít hơn, tốc độ chậm lại, sau 3-5 ngày thì các triệu chứng giảm dần, bệnh nhân tiếp tục được nuôi tăng lên, đạt đích trong vòng 3-5 ngày tiếp theo.

Nuôi ăn sớm đường tiêu hóa sau mổ giúp tăng cường sự thoải mái của bệnh nhân, tạo điều kiện sớm phục hồi nhu động ruột sau mổ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện trung bình là $69,37 \pm 13,6$ giờ. Trong đó, nhóm bệnh nhân được nuôi ăn trước 48 giờ có thời gian trung tiện trung bình sau mổ là 52,66 giờ, ngắn hơn nhiều so với nhóm không thực hiện nuôi ăn sớm sau mổ (78,35 giờ), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042$. Theo Hur và cộng sự, thời gian trung tiện của nhóm nuôi ăn sớm đường miệng là $1,96 \pm 0,58$ ngày, nhanh hơn nhóm không nuôi ăn sớm là $2,97 \pm 0,66$ ngày, khác biệt với 0,001 [7].

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là $7,07 \pm 1,4$ ngày, ở nhóm nuôi ăn sớm là 6,62 ngày, tăng lên ở nhóm bệnh nhân không nuôi ăn sớm sau mổ (7,31 ngày), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với

$p = 0,765$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hur, thời gian nằm ở nhóm nuôi ăn sớm và nhóm không nuôi ăn sớm lần lượt là 8,03 và 9,97 ngày, với $p < 0,001$ [7].

Biến chứng đáng sợ nhất sau phẫu thuật cắt dạ dày là rò, bục miệng nối. Bảng 7 cho thấy không có biến chứng nào về miệng nối xảy ra trong nhóm nghiên cứu. Có 7,23% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó chủ yếu là viêm phổi (4,82%) và nhiễm trùng vết mổ (2,41%). Tỷ lệ biến chứng chung của nhóm nuôi ăn sớm thấp hơn nhóm không nuôi ăn sớm (6,9% so với 7,41%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,652$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới, đều cho thấy nuôi dưỡng đường miệng sớm là an toàn, khả thi, không làm gia tăng các biến chứng [2, 4].

V. KẾT LUẬN

Nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày là an toàn, khả thi, bệnh nhân dung nạp tốt và không làm tăng nguy cơ rò bục miệng nối. Đồng thời, việc bắt đầu nuôi ăn sớm làm tăng cường sự thoải mái của bệnh nhân, tạo điều kiện phục hồi nhu động ruột sớm, nâng cao chăm sóc dinh dưỡng, rút ngắn thời gian nằm viện và hồi phục của bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Nam and Nguyễn Cường Thịnh**, "Nhận xét qua 225 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày", 2012, Tạp Chí Học Thực Hành, pp. 15-17.
2. **S. J. Lewis, M. Egger, P. A. Sylvester, and S. Thomas**, "Early enteral feeding versus 'nil by mouth' after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials," *BMJ*, vol. 323, no. 7316, pp. 773-776, Oct. 2001, doi: 10.1136/bmj.323.7316.773.
3. **He H, Ma Y, Zheng Z, Deng X, Zhu J, Wang Y**. Early versus delayed oral feeding after gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2022; 126:104120
4. **H. S. Lee, H. Shim, J. Y. Jang, H. Lee, and J. G. Lee**, "Early feeding is feasible after emergency gastrointestinal surgery," *Yonsei Med. J.*, vol. 55, no. 2, pp. 395-400, Mar. 2014, doi: 10.3349/ymj.2014.55.2.395.
5. **Mortensen K, Nilsson M, Slim K et al**, Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy, *Br J Surg*, 2014, 101(10):1209-1229.
6. **Ljungqvist O. and Scott M.**, "Enhanced Recovery After Surgery: A Review," *JAMA Surg*, vol. 152, no. 3, pp. 292-298, 2017.
7. **Hur H., Si Y., Kang W.K. et al**, Effect of early oral feeding on surgical outcomes and recovery after curative surgery for gastric cancer: Pilot study results, *World Journal of surgery*, 2009, vol. 33 (7), p 1454-1458.