

DOI: 10.59715/pntjmp.1.4.9

Đánh giá nuôi ăn sớm qua đường miệng ở bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng chương trình

Vũ Ngọc Anh Tuấn¹, Phạm Thanh Việt¹, Nguyễn Thanh Lâm Phú²,
Nguyễn Đại Thanh Sang², Đỗ Ngọc Nghĩa²

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nuôi ăn sớm qua đường miệng ở bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng chương trình là một phần trong chương trình hồi phục sớm sau mổ giúp bệnh nhân nhanh hồi phục sau phẫu thuật từ đó rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát thời điểm phục hồi nhu động ruột, tai biến biến chứng và số ngày nằm viện của bệnh nhân cho ăn sớm qua đường miệng sau phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng chương trình.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca trên đối tượng là bệnh nhân được áp dụng phương pháp nuôi ăn đường miệng sớm sau PTNS cắt đại tràng chương trình từ tháng 01/2019 đến tháng 05/2020 tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân

Kết quả: Trong nghiên cứu có 72 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn vào, độ tuổi trung bình là $58,36 \pm 11,899$ tuổi, trong đó có 43 TH là nam (59,7%). Có 2 TH được rút thông mũi dạ dày (TMDD) ngay trong phòng mổ, tất cả TH còn lại đều được rút sớm trong vòng 24 giờ. Thời gian trung vị trung tiện lần đầu và đi tiêu sau mổ lần lượt là $43,24 \pm 15,149$ giờ và $4,36 \pm 1,303$ ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 26,4%, trong đó có 4 TH xì miệng nối sau mổ, không có TH nào mổ lại hay tử vong. Thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày.

Kết luận: Nuôi ăn sớm qua đường miệng ở bệnh nhân sau PTNS cắt đại tràng chương trình là một phương pháp an toàn và hiệu quả có thể được áp dụng thường quy cho tất cả các trường hợp PTNS cắt đại tràng chương trình.

Từ khóa: Hồi phục sớm sau phẫu thuật, biến chứng, thời gian nằm viện.

Abstract

Early oral nutrition in patient after elective laparoscopic colectomy

Background: Early oral nutrition in patients after elective laparoscopic colectomy is part of an early recovery after surgery (ERAS) to help patients recover quickly from surgery, thereby shortening the hospital stay.

Objective: Investigate the time of intestinal motility recovery, complications and hospital stay of patients with early oral feeding after elective laparoscopic colectomy.

Methods: Prospective study, cases serie on patients who were applied early oral nutrition after elective laparoscopic colectomy from January 2019 to May 2020 at the Department of Gastroenterology, Binh Dan Hospital

Ngày nhận bài:

04/4/2022

Ngày phản biện:

20/9/2022

Ngày đăng bài:

20/10/2022

Tác giả liên hệ:

Vũ Ngọc Anh Tuấn

Email:

drdomtuan29@gmail.com

ĐT: 0902770599

Results: In the study, there were 72 cases that met the inclusion criteria, the average age was 58.36 ± 11.899 years old, of which 43 subjects were male (59.7%). There were 2 cases who were withdrawn the nasogastric tube in the operating room, all remaining cases were withdrawn early within 24 hours. The median time of first bowel movement and postoperative bowel movement was 43.24 ± 15.149 hours and 4.36 ± 1.303 days, respectively. The overall complication rate after surgery was 26.4%, of which there were 4 cases of postoperative anastomosis, none of which were re-operated or died. Median hospital stay was 7 days.

Conclusion: Early oral nutrition in patients after elective laparoscopic colectomy is a safe and effective method that can be routinely applied to all cases of elective laparoscopic colectomy.

Key words: Early oral nutrition, complication, length of stays.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ ba trên thế giới với khoảng 1,36 triệu ca mới mắc và 694.000 ca tử vong mỗi năm [1]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị ung thư đại tràng, tỉ lệ tăng từ 13,8% năm 2007 lên 42,6% năm 2009 [2]. PTNS tỏ ra có nhiều ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục nhanh hơn và giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ [2]. Sự kết hợp giữa PTNS và chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (HPSSPT) trong điều trị bệnh nhân ung thư đại tràng đã mang lại sự cải thiện ngoạn mục về sự hồi phục của BN, rút ngắn thời gian nằm viện đáng kể [3].

Tại nước ta, các nghiên cứu cũng cho thấy kết quả khả quan như giúp bệnh nhân hồi phục sớm, tăng sự hài lòng [4 - 8]. Tuy nhiên, số lượng công trình nghiên cứu về vấn đề chăm sóc hồi phục sớm sau mổ cụ thể hơn là áp dụng phương pháp nuôi ăn đường miệng sớm sau phẫu thuật còn ít. Vì vậy chúng tôi muốn thực hiện nghiên cứu “Thực hành nuôi ăn sớm qua đường miệng ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư” tại bệnh viện Bình Dân nhằm đánh giá tính khả thi, hiệu quả của phương pháp và bước đầu góp phần vào xây dựng quy trình chăm sóc sau mổ cho bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tại bệnh viện Bình Dân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng chọn bệnh là những bệnh nhân sau PTNS cắt đại tràng chương trình được

áp dụng nuôi ăn sớm đường miệng từ tháng 01/2019 đến tháng 05/2020 tại khoa Ngoại tiêu hóa, bệnh viện Bình Dân. Tiêu chuẩn loại trừ là những trường hợp không chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca

Các biến số khảo sát bao gồm các đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới tính, tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật, chẩn đoán trước mổ và phương pháp phẫu thuật. Các biến số khảo sát kết quả việc áp dụng nuôi ăn sớm sau phẫu thuật bao gồm thời điểm rút TMDD, thời điểm trung tiện và đi tiêu lần đầu, thời gian nằm viện và các biến chứng sau phẫu thuật.

Quy trình chăm sóc áp dụng phương pháp nuôi ăn đường miệng sớm sau phẫu thuật:

- BN được rút TMDD và thông tiểu trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Sau khi rút TMDD sẽ được cho uống nước trắng hoặc nước đường sau đó có thể cho uống sữa hoặc ăn cháo, súp theo nhu cầu của bệnh nhân. Dinh dưỡng tĩnh mạch và dịch truyền hỗ trợ tùy thuộc vào nhu cầu dinh dưỡng của từng bệnh nhân.

- BN được hướng dẫn vận động sớm sau mổ.

- Nếu BN có nôn ói nhiều thì sử dụng thuốc chống nôn ói và đặt lại TMDD khi có chỉ định.

- Theo dõi thời gian có lại nhu động ruột và thời gian đi đại tiện lần đầu.

- Theo dõi sinh hiệu, tình trạng bụng và tính chất dịch tiết ra ống dẫn lưu mỗi ngày đến khi rút.

- Thử lại công thức máu, CRP định lượng vào ngày hậu phẫu thứ 3 và thứ 5.

- Chụp MSCT bụng có bơm thuốc cản quang

tan trong nước qua đường hậu môn nếu nghi ngờ có xì rò miệng nổi.

Phương pháp thu thập, xử lý và phân tích số liệu:

- Các biến số nghiên cứu được ghi nhận trực tiếp qua khám, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị. Dữ liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Các thông tin từ mẫu bệnh án được mã hóa, làm sạch kiểm định bằng test thống kê; sử dụng phần mềm SPSS 20 (Statistical Package for Social Science), Excel - 2013 để xử lý số liệu. Đối với các biến số định tính hay định danh, trình bày dưới dạng tần suất hay tỉ lệ %. Đối với biến số định lượng, trình bày dưới dạng giá trị trung bình với độ lệch chuẩn khi các biến số này tuân theo phân phối chuẩn, hoặc dưới dạng trung vị nếu các biến số không tuân theo phân phối chuẩn.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng

Từ tháng 01/2019 đến tháng 05/2020 ghi nhận 72 TH áp dụng phương pháp nuôi ăn sớm đường miệng sau PTNS cắt đại tràng tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $58,36 \pm 11,899$ tuổi, trong đó có 43 TH nam (59,7%) và 29 TH nữ (40,3%). Chỉ số BMI trung bình là $22,15 \pm 3,12$ kg/m², trong đó có 12 TH (16,7%) suy dinh dưỡng và tất cả các trường hợp này đều được hỗ trợ dinh dưỡng trước phẫu thuật.

Bảng 1. Đặc điểm chung dân số

		N = 72
Tuổi		$58,36 \pm 11,899$ tuổi
Giới	Nam	43 TH (59,7%)
	Nữ	29 TH (40,3%)
BMI		$22,15 \pm 3,12$ kg/m ²

Trong 72 TH có 22 TH cắt đại tràng phải và 50 TH cắt đại tràng trái. Trong đó, có 63 TH là ung thư đại tràng và 9 TH là túi thừa đại tràng. Tất cả 72 TH đều là phẫu thuật chương trình và được thực hiện PTNS toàn bộ.

Trong nghiên cứu có 2 TH (2,8%) được rút TMDD ngay trong phòng mổ, các trường hợp còn lại đều được rút trong vòng 24 giờ, có 6 TH

(8,3%) phải đặt lại TMDD sau đó bao gồm 4 TH có hội chứng nôn ói sau mổ và 2 TH xì miệng nổi. Số ngày đặt lại TMDD trung bình là $4,33 \pm 0,861$ ngày (sớm nhất là 3 ngày và trễ nhất là 5 ngày). Sau khi rút TMDD, tất cả TH đều được cho ăn sớm qua đường miệng từ thức ăn lỏng đến đặc, dần dần vận động sớm sau phẫu thuật.

Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian trung tiện lần đầu trung bình là $43,24 \pm 15,149$ giờ, thời điểm đi tiêu lần đầu trung bình là $4,36 \pm 1,303$ ngày. Thời điểm BN có thể đi lại trung bình là $2,25 \pm 0,599$ ngày, thời điểm bệnh nhân có thể tự sinh hoạt lại trung bình là $5,29 \pm 1,18$ ngày. Thời điểm rút dẫn lưu trung vị là 5 (5 - 6) ngày.

Có 15 TH ghi nhận hội chứng nôn ói sau phẫu thuật (20,8%), trong đó có 4 TH cần đặt lại TMDD. Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 26,4%, trong đó có 15 TH (20,8%) nhiễm trùng vết mổ và 4 TH (5,6%) xì miệng nổi sau phẫu thuật. Tất cả các TH xảy ra biến chứng đều được điều trị nội khoa thành công mà không cần can thiệp phẫu thuật lại và không TH nào tử vong được ghi nhận. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung vị là 7 ngày, bệnh nhân được xuất viện sớm nhất là vào ngày hậu phẫu 5 và muộn nhất là vào ngày hậu phẫu 26. Tính theo lý thuyết dựa trên tiêu chuẩn xuất viện trong nghiên cứu thời gian xuất viện lý thuyết trung vị là 6 [5;6] ngày, so với thực tế thì số ngày xuất viện lý thuyết ít hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	N = 19
Nhiễm trùng vết mổ	15
Xì miệng nổi	4

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

	N=72
Thời gian trung tiện lần đầu	$43,24 \pm 15,149$ giờ
Thời gian đi tiêu lần đầu	$4,36 \pm 1,303$ ngày
Thời gian nằm viện	7 (7 - 8) ngày

4. BÀN LUẬN

Trước đây, chăm sóc hậu phẫu ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt đại tràng bao gồm sử dụng TMDD và nhịn ăn uống cho đến khi đường ruột có nhu động trở lại biểu hiện với dấu hiệu trung tiện. Thời gian, cách tiếp cận này liên tục bị đặt một câu hỏi lớn là liệu phương pháp này có đáp ứng tốt về mặt lâm sàng. Hiện nay, một số nghiên cứu đã cho thấy đặt TMDD đã không còn vai trò trong chăm sóc hậu phẫu [9]. Thêm vào đó các thử nghiệm so sánh giữa nhịn ăn sau phẫu thuật và nuôi ăn sớm sau phẫu thuật đã cho thấy những kết quả khả quan [10, 11]. Hướng dẫn chăm sóc tích cực sau mổ (ERAS) [3] ra đời như một minh chứng cụ thể cho việc áp dụng những phương pháp giúp người bệnh phục hồi sớm hơn sau phẫu thuật cũng như giảm những biến chứng sớm sau phẫu thuật.

Lý do phẫu thuật viên sử dụng TMDD là để làm trống dạ dày, ngăn ngừa liệt ruột sau phẫu thuật và giảm áp lực lên miệng nối. Tuy nhiên, những nghiên cứu khảo sát tình trạng trống dạ dày sau phẫu thuật mạch máu ngã bụng kết luận rằng thực đơn hàng ngày có thể bắt đầu vào ngày hậu phẫu 2 [12]. Hơn thế nữa, Han Heurt và cs. rút TMDD ngay sau phẫu thuật ổ bụng chương trình trong tất cả các TH và kết luận rằng bệnh nhân có thể dụng nạp được thức ăn ngay sau phẫu thuật [13]. Một bài phân tích gộp của Cochrane về 33 thử nghiệm với 5000 BN sau phẫu thuật vùng bụng cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc rút TMDD sớm sẽ giúp ruột nhanh hồi phục và giảm các biến chứng về hô hấp [14]. Một nghiên cứu ở Hà Lan trên 2000 BN cho thấy sử dụng TMDD giải áp sau phẫu thuật đại tràng chương trình giảm từ 88% xuống 10% mà không làm tăng tỷ lệ diễn tiến nặng và tỷ lệ tử vong [15]. Trong một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên, bệnh nhân không đặt TMDD đáp ứng tốt với nuôi ăn sớm đường miệng gợi ý việc đặt TMDD thường quy để giải áp là không cần thiết và làm trì hoãn phục hồi dinh dưỡng hậu phẫu [16, 17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các TH đều được rút TMDD trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

Liệt ruột sau mổ là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến quyết định chăm sóc hậu phẫu. Cơ chế của tình trạng này liên quan đến sự kích thích các sợi thần kinh đau, nhịp thần kinh giao

cảm quá mức hay là do sự tiết các chất ức chế dẫn truyền thần kinh ở thành ruột [18]. Các thử nghiệm về sinh lý đường tiêu hóa đánh giá hoạt động co thắt của ruột cho thấy rằng ruột non phục hồi chức năng bình thường từ 4 đến 8 giờ sau phẫu thuật và dạ dày được làm trống hoàn toàn [19]. Điều đó gợi ý việc có thể nuôi ăn sớm đường miệng ngay sau phẫu thuật. Trong các nghiên cứu gần đây, việc nuôi ăn sớm đường miệng sau phẫu thuật mà không cần chờ dấu hiệu phục hồi nhu động ruột cho thấy BN đáp ứng tốt với chế độ này. Kết quả này cho thấy nuôi ăn đường miệng có thể bắt đầu vào ngày hậu phẫu đầu tiên mà không cần chờ đợi giúp giảm liệt ruột sau phẫu thuật. Những nghiên cứu gần đây cũng cho thấy nuôi ăn đường miệng sớm sau phẫu thuật giảm tình trạng liệt ruột sau phẫu thuật, nhanh hồi phục nhu động ruột và giảm thời gian nằm viện [10]. Thời gian trung bình trung tiện lần đầu và đi tiêu lần đầu trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận lần lượt là $43,24 \pm 15,149$ giờ và $4,36 \pm 1,303$ ngày phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tạ Ngọc Tiên là $36,8 \pm 12,1$ giờ và $4,3 \pm 1,4$ ngày [7].

Ảnh hưởng về tâm lý của việc nuôi ăn sớm đường miệng sau phẫu thuật cho thấy BN cho ăn sớm có tâm lý tốt hơn [20]. Yếu tố tâm lý cũng là một yếu tố quan trọng trong quá trình phục hồi của BN sau phẫu thuật. Tuy nhiên, không có nhiều thử nghiệm so sánh giữa việc nuôi ăn sớm và nhịn ăn sau mổ về nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau. Kiểm soát đau sau phẫu thuật là một vấn đề quan trọng trong ERAS [3], đau sau phẫu thuật làm kéo dài thời gian hồi phục chức năng ruột, tăng biến chứng sau phẫu thuật và kéo dài thời gian nằm viện. Phối hợp nhiều thuốc giảm đau giúp cải thiện tình trạng đau của bệnh nhân, đồng thời cũng làm giảm các tác dụng phụ của thuốc. Khi giảm đau tốt, bệnh nhân ít có cảm giác đau sẽ chịu vận động sớm và ăn uống sớm từ đó giúp cho quá trình hồi phục sau phẫu thuật thuận lợi hơn [21].

Một yếu tố phổ biến khác về việc không nuôi ăn sớm sau phẫu thuật là để tránh xì miêng nối. Tuy nhiên, thiếu những bằng chứng cho thấy việc nuôi ăn sớm đường miệng sau phẫu thuật làm giảm độ bền miêng nối và gây ra các biến chứng về miêng nối đại trực tràng. Các nghiên cứu trên động vật và người đều cho thấy nuôi

ăn đường miệng giúp cải thiện việc lành vết thương [21]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào chỉ ra sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng giữa nhóm nuôi ăn đường miệng sớm và nhịn ăn hoàn toàn [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 TH xì miệng nổi chiếm tỉ lệ 5,8%. So với các báo cáo tại cùng trung tâm, tỉ lệ này tương đương với tác giả Đỗ Bá Hùng [22] 2,28% và thấp hơn so với kết quả của tác giả Trần Trí Bảo [23] 13,03%.

Bất cứ sự chậm trễ nào trong việc nuôi ăn lại đường miệng sau phẫu thuật lớn đều liên quan đến việc làm tăng tỷ lệ biến chứng và chậm hồi phục [13]. Nuôi ăn đường miệng sớm có thể thực hiện an toàn sau phẫu thuật 4 giờ [24] ở BN có miệng nối mới mà không có hậu môn nhân tạo trên dòng. Một số báo cáo cho thấy chế độ ăn sệt ưu thế hơn so với chế độ ăn lỏng với giảm tỷ lệ nôn ói, chức năng ruột phục hồi nhanh và thời gian nằm viện ngắn mà không làm tăng tỷ lệ tử vong và giúp ngăn chặn liệt ruột sau phẫu thuật [25]. Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 26,4%.

Nuôi ăn sớm đường miệng còn cho thấy giảm thời gian nằm viện trong một số thử nghiệm phẫu thuật đường tiêu hóa [10]. Tuy nhiên, thời gian nằm viện cũng là một yếu tố khó đánh giá phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tâm lý của BN và của phẫu thuật viên. Như đã đề cập ở trên xì miệng nổi vẫn là một biến chứng đáng sợ sau phẫu thuật đại trực tràng, việc quá ám ảnh với xì miệng nổi dẫn đến việc phẫu thuật viên sẽ hạn chế cho bệnh nhân xuất viện sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện sau phẫu thuật theo lý thuyết trung vị là 6 ngày và theo thực tế là 7 ngày có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Việc nuôi ăn sớm đường miệng đã cho thấy lợi ích trong việc giúp BN dung nạp đường miệng tốt, kèm theo đó là những yếu tố khác như vận động sớm, giảm đau sau mổ hiệu quả, chống nôn ói hiệu quả góp phần chung vào việc giúp BN nhanh hồi phục dẫn đến xuất viện sớm. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu và cs. cho thấy về thời gian nằm viện giữa nhóm nuôi ăn đường miệng sớm và nhóm nuôi ăn hoàn toàn đường tĩnh mạch lần lượt là $12,87 \pm 2,56$ ngày và $14,83 \pm 3,6$ ngày, khác biệt có ý nghĩa thống kê [4]. Thời gian nằm viện sau mổ trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 7 ngày.

5. KẾT LUẬN

Nuôi ăn sớm qua đường miệng ở bệnh nhân sau PTNS cắt đại tràng chương trình là một phương pháp an toàn và hiệu quả có thể được áp dụng thường qui cho tất cả các trường hợp PTNS cắt đại tràng chương trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adadey, S.M., et al., Incidence and mortality of cancer in the Volta Region of Ghana. *Experimental biology and medicine* (Maywood, N.J.), 2020. 245(12): p. 1058-1065.
2. Fürst, A., A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 2015.
3. Gustafsson, U.O., et al., Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J Surg*, 2019. 43(3): p. 659-695.
4. Lê Văn Quảng, N.V.H., Trịnh Lê Huy, Trần Trung Bách, Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật ung thư trực tràng. *Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam*, 2017(Khoa học Y dược): p. 4.
5. Nguyễn Hữu Trí, N.T.P., Đặng Như Thành, Phan Đình Tuấn Dũng, Hoàng Thắng, Nguyễn Đoàn Văn Phú, Đánh giá kết quả áp dụng một số biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ cắt đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2021.
6. Phạm Thị Diệu Hương, V.T.T.T., Nguyễn Thị Nghĩa, Võ Nguyên Trung, Trần Thiện Trung, Vận động sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng do ung thư. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2019. 23(5): p. 52-58.
7. Tiên, T.N., Hiệu quả của cho ăn sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, 2017.
8. Trần Tuấn Anh, T.T.T., Hồ Chí Thanh, Nguyễn Văn Xuyên, Hiệu quả nuôi ăn sớm sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện Quân Y 103. *Học viện Quân Y*, 2013.
9. Nathan, B.N. and J.A. Pain, Nasogastric suction after elective abdominal surgery: a randomised study. *Annals of the Royal*

- College of Surgeons of England, 1991. 73(5): p. 291-294.
10. Dag, A., et al., A randomized controlled trial evaluating early versus traditional oral feeding after colorectal surgery. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 2011. 66(12): p. 2001-2005.
 11. Herbert, G., et al., Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2019. 7(7): p. CD004080-CD004080.
 12. Avrahami, R., et al., Gastric emptying after elective abdominal aortic aneurysm surgery: the case for early postoperative enteral feeding. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 1999. 17(3): p. 241-4.
 13. Andersen, H.K., S.J. Lewis, and S. Thomas, Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(4): p. Cd004080.
 14. Nelson, R., S. Edwards, and B. Tse, Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007. 2007(3): p. Cd004929.
 15. Jottard, K., et al., Life and death of the nasogastric tube in elective colonic surgery in the Netherlands. *Clin Nutr*, 2009. 28(1): p. 26-8.
 16. Carmichael, J.C., et al., Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Dis Colon Rectum*, 2017. 60(8): p. 761-784.
 17. Li, K., et al., "Fast Track" nasogastric decompression of rectal cancer surgery. *Front Med*, 2011. 5(3): p. 306-9.
 18. Holte, K. and H. Kehlet, Postoperative ileus: a preventable event. *Br J Surg*, 2000. 87(11): p. 1480-93.
 19. Silk, D.B. and N.M. Gow, Postoperative starvation after gastrointestinal surgery. Early feeding is beneficial. *Bmj*, 2001. 323(7316): p. 761-2.
 20. Schilder, J.M., et al., A prospective controlled trial of early postoperative oral intake following major abdominal gynecologic surgery. *Gynecol Oncol*, 1997. 67(3): p. 235-40.
 21. Effect of Early Postoperative Enteral Feeding on the Healing of Colonic Anastomoses in Rats. *European Surgical Research*, 1999. 31(1): p. 57-63.
 22. Vũ Ngọc Anh Tuấn, Đ.B.H., Tình hình xì dò miệng nối đại trực tràng tại bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2010.
 23. Bảo, T.T., Giá trị thang điểm Dulk cải tiến trong dự báo biến chứng xì miệng nối sau phẫu thuật đại trực tràng. *Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*, 2019.
 24. Gustafsson, U., et al., Adherence to the Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Outcomes After Colorectal Cancer Surgery. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 2011. 146: p. 571-7.
 25. Lau, C., et al., Early use of low residue diet is superior to clear liquid diet after elective colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Ann Surg*, 2014. 260(4): p. 641-7; discussion 647-9.