

LẤY DỊ VẬT PHẾ QUẢN QUA NỘI SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Lan Hương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật phế quản ở người lớn thường ít gặp hơn ở trẻ em. Nó có thể gây những biến chứng cấp tính như ngưng thở hay nhiễm trùng phế quản phổi tái diễn. X quang cũng như CT Scan phổi đôi khi không phát hiện hình ảnh dị vật. Trước một bệnh lý nhiễm trùng phổi mãn tính hoặc tái diễn tại cùng một vị trí không có nguyên nhân rõ ràng, cần cảnh giác một dị vật phế quản bỏ quên. Nội soi phế quản ống mềm là phương pháp có giá trị giúp chẩn đoán xác định dị vật đường thở, vị trí dị vật và giúp lấy dị vật an toàn, kinh tế, hiệu quả.

Mục tiêu: - Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và X quang của dị vật phế quản.

- Đánh giá hiệu quả của phương pháp lấy dị vật phế quản qua nội soi phế quản ống mềm.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi đã sử dụng nội soi phế quản ống mềm để chẩn đoán xác định và lấy thành công 10 trường hợp dị vật phế quản ở người lớn và 1 trường hợp ở trẻ em.

Kết quả: Tỷ lệ hội chứng xâm nhập rõ là 27,27%; triệu chứng ho kéo dài là 36,84%; vị trí bị dị vật phế quản cao nhất là phế quản gốc trái (45,45%); hình ảnh tổn thương phổi trên phim X quang chiếm tỷ lệ cao nhất là đám mờ không đồng đều (54,55%). Có 3 bệnh nhân được chẩn đoán sớm dị vật phế quản khi vào viện chiếm tỷ lệ 27,27%.

ABSTRACT

TO REMOVE FOREIGN BODY ASPIRATION BY FLEXIBLE BRONCHOSCOPY: INITIAL RESULTS AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Hoang Thi Lan Huong¹

Background: Bronchial foreign bodies is uncommon in adults than children. It can cause complications such as apnea or acute bronchitis, pulmonary infection recurrence. X-ray and lung CT scan sometimes does not detect it image. Before a recurrent, chronic broncho-pulmonary infection at the same location without apparent cause, need to think of a airway foreign body forgotten. Flexible bronchoscopy is a valuable method to detect airway foreign bodies, their location and to remove them with safety, economy and efficiency.

Purpose: - To survey some of clinical features and X ray imagine of foreign body aspiration

- To evaluate the method for removing foreign body aspiration by flexible bronchoscopy.

Methods: We have used flexible bronchoscopy to detect and remove successfully 10 airway foreign bodies in adults and 1 in a child.

Results: The ratio of clearly invasive syndrome was 27,27%; persistence cough was 36,84%;

1. Khoa Nội TK-NT-HH, BVTW Huế

the position of foreign body aspiration at the left brochus was 45,45%; regular opaque imagine of X ray was highest (54,55%). Three patients were early diagnosed of foreign body aspiration in hospital (27,27%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật phế quản có thể gây những biến chứng cấp tính như ngưng thở hay có thể gây nhiễm trùng phế quản phổi tái đi tái lại đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng bệnh nhân.

Sự phát triển của nội soi phế quản cho phép chẩn đoán xác định và lấy dị vật mà không cần phẫu thuật lồng ngực, làm giảm thiểu đáng kể tình trạng bệnh nặng và tử vong. Năm 1897 Killan lần đầu tiên áp dụng nội soi ống cứng để lấy dị vật đường thở. Năm 1968, Ikeda giới thiệu nội soi phế quản ống mềm với gây tê tại chỗ giúp quan sát được cả các nhánh phế quản ngoại biên.

Trong những năm gần đây, một số bệnh viện lớn ở Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh đã sử dụng nội soi phế quản ống mềm để lấy dị vật phế quản. Ở miền Trung nói chung và bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi nói riêng từ trước tới nay chỉ sử dụng nội soi phế quản ống cứng trong lấy dị vật phế quản. Chúng tôi

nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và X quang của dị vật phế quản.
2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp lấy dị vật phế quản qua nội soi ống mềm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 10 trường hợp dị vật phế quản ở người lớn và 1 trường hợp ở trẻ em được lấy dị vật phế quản qua nội soi phế quản ống mềm từ 7.2007 – 4.2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Hồi cứu, mô tả theo dõi dọc
- Sử dụng máy nội soi phế quản ống mềm Fujinon có Camera cùng các dụng cụ lấy dị vật: kềm cá sấu, Dormia,...
- Xử lý số liệu: SPSS 11.5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Hội chứng xâm nhập

Hiện diện của hội chứng xâm nhập	n	%
Hội chứng xâm nhập rõ (thời gian < 7 ngày)*	3	27,27
Hội chứng xâm nhập thoáng qua và bị bỏ quên**	3	27,27
Khai thác bệnh sử, tiền sử không có hội chứng xâm nhập	5	44,54
Cộng	11	100,0

*: Chỉ có 3 trường hợp có hội chứng xâm nhập rõ và là nguyên nhân nhập viện.

**: 3 trường hợp qua khai thác bệnh sử kỹ (thời gian bỏ quên 3-12 tháng)

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khác

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Ho, ho kéo dài	7	36,84
Ho ra máu	4	21,05
Đau ngực, khó thở	3	15,79
Khạc đàm vàng	2	10,53
Thở rít	1	5,26
Sốt, ớn lạnh	1	5,26
Khàn giọng	1	5,26
Cộng	19	100,0

Các triệu chứng ho, ho kéo dài chiếm tỉ lệ cao. Nhìn chung, các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu

Bảng 3. Nguyên nhân của việc sặc dị vật

Yếu tố	n	%
Cười nói, la hét, bắt cần trong khi ăn uống	8	72,73
Dị tật ở vùng hàm miệng, không há miệng to được	1	9,09
Liệt hầu họng sau chấn thương sọ não	1	9,09
Uống nước khe suối (uống nhầm đĩa sống)	1	9,09
Cộng	11	100,0

Đa số nguyên nhân là do bắt cần khi ăn uống

3.2. Một số đặc điểm X quang của dị vật phế quản

Bảng 4. Hình ảnh trên X quang phổi chuẩn:

Dấu hiệu trên phim	n	%
Đám mờ phế bào không đồng đều	6	54,55
Xẹp phổi	3	27,27
Giãn phế quản	1	9,09
Không thấy bất thường	1	9,09
Hình ảnh dị vật	0	0,0
Cộng	11	100,0

Đa số trường hợp thấy được hình ảnh gián tiếp hay biến chứng của dị vật phế quản. Không có trường hợp nào thấy được hình ảnh dị vật trực tiếp

Bảng 5. Hình ảnh trên CT Scan phổi

Dấu hiệu trên phim	n	%
Hình ảnh dị vật	1	16,67
Hình ảnh dị vật + hình ảnh viêm phổi	2	33,33
Hình ảnh viêm phổi	2	33,33
Hình ảnh lao xơ + giãn phế quản	1	16,67
Cộng	6	100,0

Có 6/11 trường hợp được chụp CT phổi, trong đó có 3 trường hợp thấy hình ảnh dị vật phế quản, 3 trường hợp còn lại hướng đến các chẩn đoán khác

3.3. Chẩn đoán

Bảng 6. Chẩn đoán ban đầu

Chẩn đoán ban đầu		n	%
Tuyến dưới/phòng khám	Trước soi		
TD dị vật phế quản	Dị vật phế quản	3	27,27
TD giãn phế quản	Dị vật phế quản	1	9,09
Hen phế quản	Dị vật phế quản	1	9,09
Viêm thanh quản	Dị vật phế quản	1	9,09
U phổi	U phổi	3	27,27
Abces phổi	Abces phổi	1	9,09
Lao phổi BK (-)	Lao phổi BK (-)	1	9,09
Cộng		11	100,0

Chỉ có 3 bệnh nhân được chẩn đoán dị vật phế quản sớm ngay khi vào viện. Các trường hợp còn lại có chẩn đoán ban đầu là các bệnh phổi khác và sau đó được chỉ định nội soi phế quản ống mềm để kiểm tra dị vật hoặc để lấy bệnh phẩm xét nghiệm.

Bảng 7. Vị trí dị vật khi soi phế quản

Vị trí		n	%
Khí quản		1	9,09
Phế quản phải	Gốc	2	18,18
	Trung gian	1	9,09
	Thùy dưới	1	9,09
Phế quản trái	Gốc	5	45,45
	Thùy dưới	1	9,09
Cộng		11	100,0

Có 1 trường hợp dị vật ở khí quản, 4/ 11 trường hợp ở phế quản phải và 6/11 trường hợp ở phế quản trái.

3.4. Đặc điểm của dị vật

Bảng 8. Tính chất dị vật

Bản chất dị vật	n	%
Mảnh xương heo, gà/ cangk ghẹ/ vỏ ốc	7	63,64
Thuốc viên	1	9,09
Hạt ném	1	9,09
Hạt đậu phụng	1	9,09
Đĩa sống	1	9,09
Cộng	11	100,0

Các dị vật đa dạng, chủ yếu là các mảnh xương, hạt, thuốc viên,...

Bảng 9. Thời gian cư trú của dị vật trong phế quản

Thời gian	n	%
Dưới 7 ngày	4	36,36
3 tháng -12 tháng	6	54,55
9 năm	1	9,09
Cộng	11	100,0

Thời gian được phát hiện sớm <7 ngày chỉ có 4/11 trường hợp. Đa số dị vật tồn tại lâu trong lòng phế quản từ 3-12 tháng.

3.5. Vai trò của nội soi phế quản ống mềm

Nội soi phế quản ống mềm đã giúp chẩn đoán xác định 11 trường hợp dị vật phế quản và vấp gấp thành công 10 dị vật, trong đó có 7 trường hợp dị vật bỏ quên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Hội chứng xâm nhập

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ có 4 bệnh nhân có hội chứng xâm nhập, trong đó có 2 bệnh nhân của hồi sức cấp cứu, 1 bệnh nhân của khoa tai mũi họng chuyển lên soi, có một bệnh nhân có hội chứng xâm nhập nhưng không nghĩ rằng đã sặc vào phổi mà cứ ngỡ đã nuốt vào dạ dày và theo phân ra ngoài.

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là bệnh nhân đang được điều trị tại Nội Thần kinh - Nội tiết, vào viện với chẩn đoán viêm phổi, áp xe phổi, u phổi..., không nhớ có hội chứng xâm nhập hay có sặc thoáng qua nhưng cứ nghĩ đã nuốt vào dạ dày. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả, nhiều trường hợp dị vật đường thở đã bị bỏ qua gây nên nhiễm trùng phế quản phổi kéo dài, dai dẳng.

Biểu hiện lâm sàng của dị vật đường thở phụ thuộc loại dị vật, vị trí phế quản bị tắc, tuổi và tình trạng tinh thần của bệnh nhân.

- Các triệu chứng khác trên lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng như: ho, ho kéo dài, ho ra máu, đau ngực, khó thở... thường không đặc hiệu và có thể nhầm là triệu chứng lâm sàng của các bệnh phổi khác.

Đặc biệt một bệnh nhân không có tiền sử hen phế quản nhưng có tiếng rít khu trú 1/2 dưới phế quản (P) là triệu chứng rất có giá trị gợi ý dị vật đường thở, cần hỏi thêm về tiền sử hội chứng xâm nhập.

- Về vai trò của X quang và CT trong chẩn đoán dị vật phế quản

Trong tất cả 11 trường hợp được nội soi thì không có trường hợp nào phát hiện thấy dị vật trên phim XQ phổi chuẩn, ta chỉ thấy được hình ảnh gián tiếp hay biến chứng của dị vật phế quản như: xẹp phổi, viêm phổi, giãn phế quản...

Những dị vật do sặc khi ăn uống như: mảnh xương, thuốc viên, hạt đậu phụng, hạt ném... có độ cản quang không cao lắm và thường vào thời điểm chụp đã xảy ra nhiễm trùng ở phế quản, phổi nên hình ảnh dị vật đã bị che phủ bởi chất tiết, bởi hình ảnh mờ của tổn thương phổi nên khó phát hiện.

Trong 6 trường hợp được chụp Scanner phổi chỉ có 3 trường hợp bác sĩ XQ phát hiện thấy dị vật, còn 3 trường hợp dị vật bị bỏ sót có thể do nguyên nhân như trên và không được cảnh giác bởi chẩn đoán dị vật đường thở, thường chỉ phát hiện được ở trên cửa sổ trung thất của hình ảnh Scanner phổi.

- Yếu tố thuận lợi

Nguyên nhân chủ yếu là do bất cẩn khi ăn uống: trong lúc ăn vừa cười đùa, la hét... cũng có thể do dị tật vùng hàm miệng hay giảm phản xạ nuốt. Đây cũng là nguyên nhân hay gặp theo nghiên cứu của các tác giả trong nước.

Ngoài ra có thể do các nguyên nhân khác: răng giả hay răng sắp rụng, say rượu, rối loạn ý thức, thói quen ngậm đồ vật...

Để phòng ngừa dị vật phế quản nên chế biến thức ăn kỹ lưỡng, ăn chậm, nhai kỹ, trong lúc ăn không được cười đùa, la hét; không nên uống nước khe suối, nên tháo răng giả khi đi ngủ...

- Chẩn đoán ở tuyến dưới hay chẩn đoán trước soi

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ có ba bệnh nhân được chẩn đoán dị vật phế quản khi vào viện, còn đa số trường hợp còn lại bệnh nhân vào viện hay tuyến dưới chuyển lên với chẩn đoán viêm phổi, áp xe phổi, u phổi hay lao phổi... Đây là những trường hợp dị vật phế quản bỏ quên. Theo các tác giả trong và ngoài nước, đây là hiện tượng khá phổ biến. Đa số các trường hợp dị vật phế quản bỏ qua thường gây nhiễm trùng phế quản phổi dai dẳng, tái lại sau khi ngừng kháng sinh, kéo dài nhiều tháng,

nhiều năm, thậm chí trên 20 năm, có trường hợp bệnh nhân được điều trị theo hướng lao phổi hay u phổi nhưng không đỡ.

Vì vậy trước một trường hợp nhiễm trùng phế quản phổi mạn tính và tái phát ở cùng một vị trí; không có nguyên nhân rõ ràng, cần nội soi phế quản để xác định chẩn đoán, tránh thiệt hại về sức khỏe cũng như về kinh tế cho bệnh nhân.

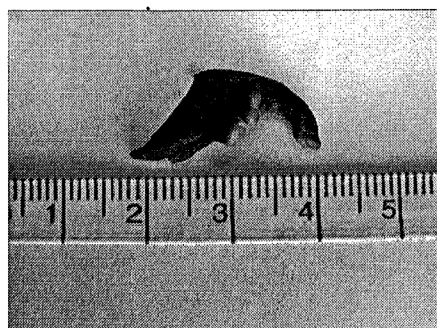
- Vị trí dị vật

Vị trí của dị vật trong lòng phế quản phụ thuộc vào giải phẫu của cây phế quản theo từng lứa tuổi, kích thước và bản chất của dị vật. Theo nhiều tác giả, cho đến tuổi 15 do góc tạo bởi phế quản gốc (P) và phế quản gốc (T) so với khí quản tương tự nhau nên tỉ lệ dị vật rơi vào phế quản (P) và (T) như nhau. Sau tuổi 15, đa số dị vật thường rơi vào phế quản bên phải do phế quản gốc phải có đường kính lớn hơn và xuôi với trục khí quản so với phế quản gốc trái. Dị vật có kích thước lớn thường nằm ở khí quản, phế quản gốc, phế quản thùy, còn dị vật có kích thước nhỏ hơn thường nằm ở phế quản tiểu thùy hoặc sâu hơn nữa.

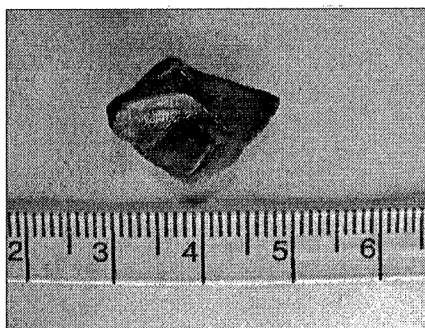
Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số dị vật lại rơi vào phế quản trái (6/11).

- Bản chất dị vật

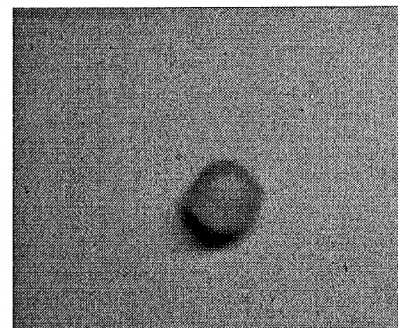
Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi dị vật hay gặp là mảnh xương (xương heo, xương gà, mảnh nắp ốc), có một trường hợp là hạt đậu phụng, một trường hợp là hạt ném, một trường hợp là viên thuốc do đa số nguyên nhân là bất cẩn khi ăn uống.



Mảnh xương heo
Bn Trần Ph., 11.11.2008



Mảnh xương sọ gà
Bn Ngô Văn Ng., 13.8.2008



Hạt ném
Bn Đoàn Văn V., 9.8.2008

Hình 1: Một số dị vật gặp được qua nội soi phế quản ống mềm tại BVTW Huế

Theo nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước dị vật phế quản có thể gặp là răng giả, đinh, đạn súng hơi, đồng xu...

Bản chất dị vật tùy thuộc địa dư, thói quen ăn uống, cách chế biến thức ăn. Bản chất, cấu tạo và tính chất bản của dị vật sẽ quyết định tình trạng nhiễm trùng phế quản, phổi sau này. Bản chất dị vật là chất hữu cơ, dễ gây thối rữa thì sẽ dễ gây nên tình trạng nhiễm trùng sớm và nặng hơn, tái phát nhanh hơn so với dị vật là chất vô cơ.

- Thời gian cư trú của dị vật trong lòng phế quản

Thời gian dị vật trong lòng phế quản ở nhóm bệnh nhân chúng tôi dài nhất là 9 năm. Đây là trường hợp bị sặc mảnh vỏ ốc vào phế quản gốc trái bị bỏ quên, chẩn đoán nhầm là ụ phổi và đã điều trị kéo dài trong 9 năm. Trường hợp ngắn nhất là bệnh nhân uống thuốc, ăn ném bị sặc được chuyển vào hồi sức cấp cứu ngay, sau đó được nội soi phế quản cấp cứu lấy dị vật. Theo một số tác giả, có trường hợp dị vật nằm trong lòng phế quản trên 30 năm.

Thời gian nằm trong phế quản càng dài gây kích thích tăng sinh mô hạt càng nhiều ở vị trí phế quản tiếp xúc với dị vật gây nên tình trạng viêm phổi nghẽn tái đi tái lại, gây khó khăn khi lấy dị vật...và có thể để lại di chứng như giãn phế quản, hẹp lòng phế quản do sẹo...sau khi dị vật đã được lấy ra. Dị vật nằm trong lòng phế quản trên 24 giờ đã có thể kích thích tăng sinh mô hạt.

4.2. Vai trò của nội soi phế quản ống mềm

Những trường hợp nghi ngờ đã được chúng tôi nội soi ống mềm xác định chẩn đoán và đã lấy thành công 10 trường hợp, trong đó có 1 trường hợp thất bại do chúng tôi không đủ dụng cụ để lấy được chuyển Tai mũi họng lấy qua nội soi phế quản ống cứng.

Đa số trường hợp chúng tôi lấy dị vật ngay lần soi đầu tiên; có 2 trường hợp do dị vật nằm lâu, kích thích tổ chức hạt tăng sinh nhiều, phía trên tổ chức hạt đọng nhiều mủ, quá trình lấy khó khăn chảy máu nhiều do dị vật cắm sâu vào lòng phế quản, chúng tôi quyết định dùng kháng sinh, Corticoid, 5 ngày sau lấy lại. Và một trường hợp đã thành công sau khi lấy lần hai. Một trường hợp còn lại soi lần hai không còn thấy dị vật khả năng đã được bệnh nhân ho khạc tống ra do lần đầu quá trình lấy đã làm

dị vật di chuyển.

Theo một số tác giả nếu trường hợp nếu tăng sinh mô hạt nhiều do dị vật nằm lâu cần phải loại bỏ tổ chức hạt bằng laser hoặc điện đông cao tần (Tiến hành dưới gây mê toàn thân). Đối với các dị vật cản quang có kích thước nhỏ không quan sát trực tiếp được khi nội soi phế quản, cần kết hợp với màn hình X quang tăng sáng để có thể gặp được dị vật.

Thời gian tiến hành nội soi được xác định tùy theo tình trạng lâm sàng. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu suy hô hấp, nội soi phải được thực hiện khẩn cấp. Đây là những trường hợp dị vật khí quản gây nguy cơ ngạt thở do sự di chuyển của dị vật hay khi có các biến chứng như tràn khí màng phổi hay tràn khí trung thất. Nếu bệnh nhân có tình trạng lâm sàng ổn định, nội soi có thể được trì hoãn (24-36 giờ) để có thể tiến hành trong điều kiện tốt nhất.

Lấy dị vật phế quản qua ống soi mềm ít gây tổn thương và không đòi hỏi gây mê toàn thân, tỉ lệ thành công trong lấy dị vật khá cao (trên 90%) theo các kết quả công bố.

Soi phế quản ống mềm còn là lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp bệnh nhân có (tiền sử) chấn thương vùng cổ- mặt, các trường hợp thông khí cơ học hay dị vật ở vị trí xa trong cây phế quản.

Quyết định lấy dị vật bằng nội soi phế quản ống mềm hay cứng tùy theo kích thước, hình dạng, bản chất dị vật, mặt khác cũng dựa vào kinh nghiệm của thầy thuốc và dụng cụ sẵn có. Đối với vật sắc nhọn hay dị vật phế quản ở trẻ em nội soi phế quản ống cứng nên được lựa chọn. Theo nhiều tác giả, soi phế quản ống cứng được chuẩn bị trong mọi quy trình can thiệp lấy dị vật và chỉ được chỉ định khi cần sau thủ thuật soi phế quản ống mềm thăm dò và lấy dị vật.

Quá trình lấy dị vật qua nội soi ống mềm bệnh nhân được gây tê tại chỗ, trong khi tiến hành bệnh nhân vẫn tỉnh táo. Các trường hợp chúng tôi tiến hành, thời gian mỗi ca kéo dài 10-30 phút. Sau khi lấy dị vật chúng tôi đều nội soi kiểm tra, đảm bảo chắc chắn không còn dị vật trong lòng phế quản. Dị vật sau khi được lấy, giải phóng được nguyên nhân gây tắc nghẽn, bệnh nhân được điều trị kháng sinh 7-10 ngày, nội soi lại thấy tình trạng nhiễm trùng hết, tổ chức hạt giảm nhiều.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và chụp Xquang phổi: tỷ lệ hội chứng xâm nhập rõ là 27,27%; triệu chứng ho kéo dài là 36,84%; vị trí bị dị vật phế quản cao nhất là phế quản gốc trái (45,45%); hình ảnh tổn thương phổi trên phim X quang chiếm tỷ lệ cao nhất là đám mờ không đồng đều (54,55%).

2. Có 3 bệnh nhân được chẩn đoán sớm dị vật phế quản khi vào viện chiếm tỷ lệ 27,27%, phát hiện sớm <7 ngày chỉ có 4/11 trường hợp. Đa số dị vật tồn tại lâu trong lòng phế quản từ 3-12 tháng. 10/11 dị vật đều được lấy bỏ bằng ống soi mềm.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Cần biết nghi ngờ 1 dị vật phế quản trên bệnh nhân có hội chứng xâm nhập, ngay cả khi khám lâm sàng bình thường và XQ phổi cũng như CT Scan phổi không phát hiện hình ảnh dị vật.

2. Đứng trước một bệnh lý nhiễm trùng phổi mãn tính hoặc tái diễn tại cùng một vị trí không có nguyên nhân rõ ràng, cần cảnh giác một dị vật phế quản bỏ quên.

3. Để phòng ngừa dị vật phế quản cần chế biến thức ăn kỹ lưỡng; ăn uống cẩn thận, không cười đùa la hét khi ăn uống; tháo răng giả khi đi ngủ; tránh các thói quen ngâm dụng cụ khi làm việc...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu (2007), "Gặp dị vật qua nội soi phế quản", *Nội soi phế quản*, NXB Y học, Hà Nội, tr.204-213.
2. Nguyễn Chi Lăng (2006), "Nghiên cứu phương pháp lấy dị vật phế quản ngoại vi", *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị nội soi phế quản và lồng ngực toàn quốc lần thứ nhất*, tr.133-138.
3. Nguyễn Chi Lăng (2006), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng 63 trường hợp dị vật phế quản hít phải bỏ qua ở người lớn", *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị nội soi phế quản và lồng ngực toàn quốc lần thứ nhất*, tr.139-150.
4. Granry J.C, Monrigal J.P, Dubin J. et al. (1999), *Corps étrangers des voies aériennes, Conférences d'actualisation*, Elsevier, Paris, et Sfar, pp.765-786.
5. Rafanan A.L, Mehta A.C (2004), *Bronchoscopy in foreign body removal, Flexible bronchoscopy*, Black well Science, 2nd edition, pp.197-209.