

Vai trò của điều dưỡng trong việc chuẩn bị dụng cụ, phối hợp với bác sĩ thực hiện thủ thuật, chăm sóc bệnh nhân được lấy dị vật bã thức ăn dạ dày bằng dụng cụ tự tạo qua nội soi

The role of the nurse in instrument preparation, physician coordination, and post-treatment follow-up in patients undergoing endoscopic removal of gastric bezoars

Đào Thị Hồng Mai, Trần Văn Hải, Dương Thúy Bình,
Nguyễn Khắc Tuấn, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Hiền,
Nguyễn Thị Nhung, Cao Thị Lan Anh,
Lê Ngọc Mai, Nguyễn Thị Phương Liên

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và nội soi của bệnh nhân có dị vật khối bã thức ăn trong dạ dày. Đánh giá kết quả phối hợp bác sĩ thực hiện kỹ thuật và chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng khi tiến hành nội soi lấy dị vật khối bã thức ăn trong dạ dày bằng bộ dụng cụ tự tạo. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu can thiệp, không đối chứng. Gồm 45 bệnh nhân có dị vật khối bã thức ăn dạ dày được can thiệp tại Khoa Nội soi tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 bằng bộ dụng cụ tự tạo. Thời gian: Từ 01/2018 đến 06/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 61,4 (năm); nam:nữ là 1:2, yếu tố nguy cơ gồm bệnh về răng (33,3%), thói quen ăn đồ cứng (75,6%). Kích thước trung bình của khối bã thức ăn là 46 × 66 × 97 mm. Loét dạ dày tá tràng gặp ở 32/45 bệnh nhân (71,1%). Việc chuẩn bị sạch dạ dày đạt 88,9%. Trong can thiệp, 100% bệnh nhân theo dõi Monitor, truyền dịch, thở oxy, gây mê. Thời gian làm thủ thuật trung bình 62 phút (30-90 phút). Sau can thiệp, hướng dẫn bệnh nhân uống Coca-Cola, ăn đồ lỏng, theo dõi tình trạng bụng. 1 bệnh nhân chuyển mổ vì tắc đoạn xa hồng tràng. **Kết luận:** Nội soi can thiệp với bộ dụng cụ tự tạo là phương pháp hiệu quả, an toàn với bệnh nhân có dị vật khối bã thức ăn trong dạ dày. Vai trò của điều dưỡng quan trọng trong việc chuẩn bị, phối hợp bác sĩ, chăm sóc người bệnh trong và sau can thiệp.

Từ khóa: Dị vật khối bã thức ăn, nội soi lấy khối dị vật bã thức ăn trong dạ dày, chăm sóc điều dưỡng

Summary

Objective: To describe the clinic and endoscopic characteristics of gastric phytobezoars. Assess physician coordination and nursing care patient undergoing endoscopic removal of gastric bezoars. **Subject and method:** A prospective interventional study without control group was done

Ngày nhận bài: 30/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 18/10/2022

Người phản hồi: Nguyễn Thị Phương Liên, Email: bslien108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

from January 2018 to June 2022 at Endoscopic Gastroenterology Department, 108 Military Central Hospital. *Result:* 45/45 patients suffered from gastric phytobezoars: Mean age was 61.4 years, Male:female rate was 1:2, risk factors included dental problems, solid food. Mean size of bezoars was 46 × 66 × 97mm. Peptic ulcers were seen in 32 cases (71.1%). Empty stomach before endoscopy: 88.9%. During endoscopy: 100% monitoring, sedation with Oxygen. Mean procedure time was 62 minutes (range 30-90 minutes). After procedure, 100% treatment used oral Coca-Cola and abdominal pain monitoring. One patient (2.2%) required surgery for ileus due to an obstruction at the distal part of the jejunum. *Conclusion:* Endoscopic treatment with improved instrument was safe and effective for gastric bezoars patients. The role of nursing care was important in preparation, physician coordination, and post-treatment follow-up.

Keywords: Phytobezoars (bezoars), endoscopic removal of gastric benzoars, nursing care.

1. Đặt vấn đề

Dị vật tiêu hóa là các dị vật hình thành do không tiêu hóa được, thường gặp nhất trong dạ dày, có thể ở bất cứ độ tuổi nào. Trong đó, dị vật khối bã thức ăn (KBTẢ) với đặc tính hình thành từ vón chất xơ trong thức ăn, dần to lên, có thể tồn tại vài năm trong dạ dày mà không phát hiện được. Đó là một trong những dị vật tiêu hóa khó can thiệp nội soi do tính chất dai cứng chắc, kích thước lớn và nguy cơ tắc ruột sau khi nỗ lực cắt nhỏ. KBTẢ có thể gặp ở mọi địa phương và tần suất dao động từ 0,068-0,43% trong các trường hợp nội soi đường tiêu hóa trên [7]. Các phương pháp điều trị dị vật KBTẢ bao gồm nội khoa, nội soi can thiệp hoặc phẫu thuật [1]. Nội soi can thiệp là hướng điều trị có nhiều triển vọng với tính chất xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp. Thời điểm tiến hành can thiệp đối với dị vật KBTẢ là nội soi cấp cứu có tri hoãn hoặc nội soi thường [2]. Vì vậy người điều dưỡng nội soi có thời gian chuẩn bị và phối hợp với bác sĩ tốt hơn khi tiến hành kỹ thuật cũng như chăm sóc bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và nội soi của bệnh nhân có dị vật KBTẢ trong dạ dày điều trị tại khoa Nội soi tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đánh giá kết quả điều dưỡng phối hợp bác sĩ thực hiện kỹ thuật, chăm sóc bệnh nhân được nội soi lấy dị vật KBTẢ trong dạ dày bằng bộ dụng cụ tự tạo.*

2.2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng là các bệnh nhân (BN) có dị vật KBTẢ trong dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả BN được chẩn đoán và nội soi can thiệp điều trị KBTẢ trong dạ dày.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp, không đối chứng.

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

Dàn máy nội soi dạ dày OLYMPUS.

Ống Overtube để bảo vệ niêm mạc họng, thực quản.

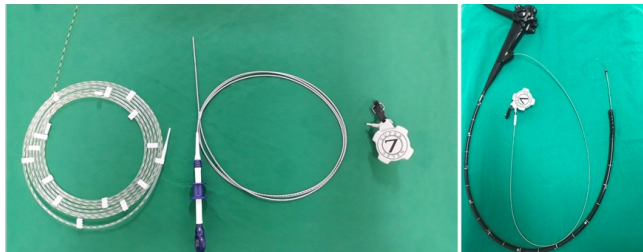
Bộ dụng cụ tự tạo gồm 3 bộ phận:

Tay quay trợ lực ngoài: Tận dụng từ tay quay trong bộ thất tĩnh mạch thực quản đã tháo chốt có thể xoay 2 chiều thu và thả dây, nhằm tăng lực cắt, giảm tác động lên bàn tay kỹ thuật viên.

Ống thép: Tận dụng từ vỏ ngoài cán clip, dài 1,4m, đường kính ngoài < 2,4mm, đường kính trong < 2mm. Ống này sẽ đi trong kênh can thiệp dây soi.

Dây kim loại cắt dị vật: Tận dụng từ guidewire từ các dụng cụ can thiệp, chiều dài 1,6m. Luồn dây trong ống thép, lộ 2 đầu ra ngoài. Một đầu được uốn cong tạo hình thòng

lọng và buộc bằng chỉ phẫu thuật sao cho đường kính vòng tròn tạo thành có thể thay đổi tùy theo kích thước KBTẢ, đầu còn lại quấn vào tay quay trợ lực.



Thòng lọng snare (Olympus) loại có đường kính 3cm để hỗ trợ cắt và gấp các mảnh dị vật nhỏ

2.2.2. Vai trò của điều dưỡng trong quy trình lấy dị vật KBTẢ

Dựa trên hướng dẫn của của Bộ Y tế [1], [2]:

Chuẩn bị trước can thiệp: Kiểm tra thông tin, các chỉ số sinh tồn của BN, hướng dẫn BN nhịn ăn trên 6 tiếng để chuẩn bị dạ dày sạch. Chuẩn bị hồ sơ khám cho bác sĩ: Bản nội soi trước đó, phim chụp X-quang, CT scanners bụng (nếu có).

Chuẩn bị nội soi có gây mê: Đặt đường truyền, thở oxy 3 lít/phút, lắp máy theo dõi Monitor (mạch, huyết áp, SpO₂) lên BN.

Thao tác kĩ thuật: Chuẩn bị dụng cụ, phụ nội soi, phối hợp với BS thực hiện kĩ thuật

Bước 1: Lắp bộ dụng cụ vào máy soi.

Bước 2: Lắp overtube qua ống nội soi dạ dày vào miệng-thực quản.

Bước 3: Đưa dây soi vào trong dạ dày quan sát dị vật KBTẢ và các tổn thương kèm theo. Mở to đầu thòng lọng của bộ dụng cụ và quàng KBTẢ, dùng lực quay siết chặt thòng lọng cắt khối bã thức ăn ra thành nhiều mảnh nhỏ.

Bước 4: Dùng đầu thòng lọng kéo các mảnh KBTẢ ra ngoài cùng dây soi. Với những mảnh nhỏ kích thước < 2cm có thể để tự đào thải qua đường tiêu hóa.

Chăm sóc sau can thiệp: Hướng dẫn BN ăn chế độ mềm, dễ tiêu, uống Coca Cola 1,5 - 3 lít/ngày, theo dõi tình trạng bụng để phòng biến chứng tắc ruột. Chuẩn bị BN để nội soi kiểm tra ngay sau ngày can thiệp.

3. Kết quả

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có dị vật KBTẢ

Đặc điểm chung		Số BN (tỷ lệ %)
Tuổi trung bình		61,4 (24-78) tuổi
Nhóm tuổi	20-40	4/45 (8,9)
	40-60	10/45 (22,2)
	> 60	31/45 (68,9)
Giới (nam/nữ)		15/30 = 1:2
Yếu tố nguy cơ	Đã cắt dạ dày	4/45 (8,9)
	Bệnh về răng	15/45 (33,3)
Nguyên nhân	Ăn đồ cứng (sung,vỏ)	3/45 (6,7)
	Ăn chất khó tiêu (tam thất-bột nghệ-mật ong)	34/45 (75,6)
	Ăn chất xơ (măng)	4/45 (8,9)

Nhận xét: Dị vật KBTẢ trong dạ dày đa phần gặp ở nhóm tuổi trên 60, nữ giới, có thói quen ăn chất khó tiêu dễ gây vón cục như tam thất mật ong hoặc bột nghệ trộn mật ong. Bệnh về răng khiến thói quen nhai không kỹ và tiền sử cắt dạ dày là các yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ không nhỏ.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của bệnh nhân có dị vật KBTẢ

Đặc điểm nội soi	Số BN (tỷ lệ %)
Số KBTẢ/BN	1 (39 BN), 2 (3 BN), 3 (2 BN), 1 (1 BN)

Kích thước trung bình của KBTÃ		46 × 66 × 97mm
Màu sắc KBTÃ	Đen, vàng sẫm	35/45 (77,8)
	Vàng	10/45 (22,2)
Loét dạ dày tá tràng		32/45 (71,1)
Chảy máu ổ loét		0

Nhận xét: Đa số BN có 1 khối dị vật, kích thước lớn và thường gây tổn thương loét dạ dày kèm theo. Màu sắc đa phần là đen hoặc vàng sẫm.

Bảng 3. Kết quả thực hiện kĩ thuật của ĐD

Đặc điểm		Số BN (tỷ lệ %)
Cắt KBTÃ	Dùng bộ dụng cụ tự tạo	45/45 (100)
	Dùng thông lọng (snare)	0
Kéo mảnh KBTÃ ra	Chỉ dùng thông lọng của bộ dụng cụ	8/45 (17,8)
	Kết hợp dùng 2 loại thông lọng	37/45 (82,2)
Kĩ thuật xử trí KBTÃ	Cắt và lấy hết KBTÃ ra	5/45 (11,1)
	Cắt và lấy một phần KBTÃ ra	40/45 (88,9)
	Cắt và không lấy ra	0
Số lần làm thủ thuật/BN	1 lần	39/45 (86,7)
	2 lần	6 /45 (13,3)
Thời gian 1 lần làm thủ thuật (trung bình)		62 phút (30-90 phút)

Nhận xét: Việc cắt dị vật KBTÃ được thực hiện 100% bởi bộ dụng cụ tự tạo. Đa phần lấy các mảnh dị vật ra sử dụng kết hợp 2 loại thông lọng của bộ dụng cụ và snare của hãng. Chỉ có 17,8% dùng ngay phần thông lọng của bộ dụng cụ cải tiến để kéo các mảnh dị vật ra, thường là ở những khối dị vật không quá lớn và cắt gọn ra một số lượng ít các miếng chắc. Đa phần BN được can thiệp nội soi 1 lần. Có 6 BN (13,3%) được can thiệp lấy dị vật ở lần nội soi ngày sau lần thứ nhất. Thời gian làm thủ thuật trung bình 1 lần là 62 phút.

Bảng 4. Kết quả chăm sóc BN được lấy dị vật KBTÃ trong dạ dày

Kết quả chăm sóc			Số lượng (tỷ lệ %)
Chuẩn bị trước can thiệp	BN sạch dạ dày		40/45 (88,9)
Chăm sóc trong can thiệp	Monitor theo dõi M,HA,SpO ₂		45/45 (100)
	Truyền dịch, thở oxy		
	Theo dõi gây mê, hậu phẫu		45/45 (100)
Chăm sóc sau can thiệp	Hướng dẫn uống Cocacola		45/45 (100)
	Theo dõi bụng	Không đau	35/45 (77,8)
		Đầy bụng	9/45 (20)
		Đau chướng, chuyển ngoại khoa	1 (2,2)

Nhận xét: Việc chuẩn bị sạch dạ dày đạt đã được yêu cầu nhịn ăn song thực tế khi nội soi được ở 40 BN (88,9%). Có 5 BN trước can thiệp trong dạ dày còn nhiều thức ăn, không sạch.

Trong can thiệp, 100% BN được theo dõi các chỉ số trên máy Monitor (mạch, huyết áp, SpO₂), được truyền dịch, thở Oxy. Việc theo dõi trong quá trình gây mê thực hiện thủ thuật và hồi tỉnh được các kíp điều dưỡng thực hiện đầy đủ. Sau can thiệp, BN đều được hướng dẫn uống từ 1 đến 3 lít coca-cola/ngày trong 1 đến 5 ngày, ăn đồ lỏng mềm và theo dõi tình trạng bụng. Có 35 BN (77,8%) không đau bụng và ăn ngon miệng. Có 9 BN vẫn còn đầy bụng, ăn kém ngon. Và 1 BN đau chướng dữ dội, phải chuyển ngoại khoa để phẫu thuật do tắc đoạn xa hồng tràng vào thời điểm 52 tiếng sau lần nội soi thứ hai.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi của bệnh nhân có dị vật KBTẢ dạ dày

Về đặc điểm lâm sàng, dị vật khối bã thức ăn ở dạ dày thường gặp ở nữ so với nam, tuổi cao trên 60 do lứa tuổi này bệnh nhân thường vấn đề về răng nên không thể nhai kỹ đồ ăn. Ngoài có bệnh về răng, còn cần kể tới yếu tố đã cắt dạ dày gây nên giảm tiết dịch vị và rối loạn vận động của dạ dày, gặp ở 4 BN (8,9%). Kết quả này tương tự như tác giả Kiều Văn Tuấn và Nguyễn Xuân Quýnh [3], [4]. Về nguyên nhân, người bệnh thường có thói quen ăn đồ ăn chứa nhiều tanin, có vị chát, hoặc khó tiêu, nhiều nhất là hỗn hợp trộn tam thất-mật ong-bột nghệ. Y văn cũng đã chỉ ra các thức ăn có chứa nhiều tanin trong thói quen của người châu Á là một trong số các nguyên nhân thường gặp của việc hình thành dị vật KBTẢ [11].

Qua nội soi ghi nhận bệnh nhân có số khối dị vật trong dạ dày không nhiều, đa phần có một khối với kích thước lớn. Điều này phù hợp với đặc điểm của việc hình thành dị vật KBTẢ là do thức ăn kết vón lại trong dạ dày từ từ, có thể tồn tại thời gian dài mới gây triệu chứng [7]. Dị vật màu đen hoặc vàng sẫm chiếm đa số phù hợp với đặc điểm dị vật KBTẢ sẫm màu thường có đặc tính cứng chắc hơn màu vàng nhạt [9]. Những dị vật KBTẢ này cứng và tỳ đè vào thành dạ dày trong thời gian dài nên đa số gây ra tổn thương loét dạ dày tá tràng (71,1%) nhưng

không có trường hợp nào bị chảy máu ổ loét. Kết quả này tương tự như tác giả trong và ngoài nước [3], [4], [5], [6].

4.2. Kết quả điều dưỡng phối hợp bác sĩ thực hiện kỹ thuật, chăm sóc bệnh nhân được nội soi lấy dị vật KBTẢ trong dạ dày bằng bộ dụng cụ tự tạo

Về việc chuẩn bị dụng cụ và thao tác kỹ thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được cắt bởi bộ dụng cụ tự tạo do dị vật KBTẢ thường cứng chắc, kích thước lớn nên thông lọng snare thông thường không thể quang hết đường kính KBTẢ cũng như cắt thành công. Thông lọng của bộ dụng cụ sau khi cắt thì kéo mảnh dị vật cắt được ra luôn. Chúng tôi thấy rằng việc kéo các mảnh dị vật ra ngoài đa phần cần kết hợp cả thông lọng của bộ dụng cụ và snare (82,2%) do nhiều mảnh dị vật khi cắt ra sẽ trơn và dây kim loại của chúng tôi vốn cứng hơn dây fibrefilament nên lúc này cần sử dụng thông lọng snare. Có nhiều phương pháp xử trí dị vật KBTẢ của các tác giả trong và ngoài nước khác đã được ghi nhận với các ưu nhược điểm khác nhau. Tác giả B Toka cũng nghiên cứu bộ dụng cụ cải tiến tận dụng từ dây guidewire và cán clip, nhưng tay quay ngoài thì tác giả đúc riêng bằng hợp kim [6]. Tác giả R Jinushi sử dụng kết hợp máy tán sỏi điện thủy lực để bắn vào giữa khối dị vật, sau đó dùng kim hàm cá sấu bấm găm dần rồi dùng thông lọng snare để cắt và gắp dị vật ra [10]. Bộ dụng cụ cải tiến của tác giả Kiều Văn Tuấn để ống thép đi bên ngoài dây soi, có thể làm tăng việc cọ sát vào thành ống tiêu hóa [4]. Bộ dụng cụ của chúng tôi đưa ống thép và dây kim loại đi trong kênh sinh thiết nên hạn chế cọ sát niêm mạc ống tiêu hóa. Việc sử dụng tay quay của bộ thất tĩnh mạch thực quản sẽ giúp tăng lực khi cắt khối dị vật và giảm áp lực lên bàn tay của kỹ thuật viên, điều này là cải tiến hơn so với tác giả Đỗ Quang Út [5]. Tận dụng các vật liệu sẵn có trong can thiệp nội soi khiến việc lắp ráp bộ dụng cụ của chúng tôi trở nên đơn giản và có thể triển khai đại trà tại các cơ sở nội soi tiêu hóa. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, đa số KBTÃ được cắt nhỏ và lấy các mảnh dị vật ra, không có trường hợp nào cắt và không lấy ra ngoài, khác với tác giả Đỗ Quang Út [5]. Chủ yếu dị vật KBTÃ được cắt lấy ra, còn lại những mảnh nhỏ có thể để lại trong dạ dày, vì những mảnh dị vật để lại này có kích thước đủ nhỏ để di chuyển trong ống tiêu hóa ra ngoài theo kinh nghiệm của người nội soi, hoặc khối dị vật có đặc điểm vàng mềm, ít có nguy cơ tắc ruột. Đa số được làm thủ thuật 1 lần, chỉ có số ít cần can thiệp lấy thêm khi nội soi kiểm tra lại ở ngày thứ hai, và là những trường hợp này đều thuộc nhóm dị vật cứng, đen sẫm, tương tự như các tác giả khác [3], [4], [5], [6].

Vai trò của điều dưỡng trong chẩn bị, chăm sóc theo dõi bệnh nhân trong và sau can thiệp rất quan trọng. Nội soi lấy dị vật KBTÃ không là chỉ định cấp cứu do khối này đã hình thành từ lâu và thậm chí có trường hợp không gây triệu chứng gì cho bệnh nhân, và trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do dị vật tỳ ép. Việc chuẩn bị sạch dạ dày đạt được ở 40 BN (88,9%). Có 5 BN trước can thiệp đã được yêu cầu nhịn ăn song thực tế khi nội soi trong dạ dày còn nhiều thức ăn chưa sạch. Đó là những trường hợp dị vật mắc ở ngay lỗ môn vị hoặc dạ dày do có chứa dị vật trở nên giảm nhu động. Do đó khi đưa ống nội soi vào, bác sĩ sẽ cố gắng hút sạch dịch thức ăn còn ứ đọng, và người điều dưỡng cần chuẩn bị máy hút tốt để hỗ trợ bác sĩ, cũng như theo dõi quan sát sắc mặt người bệnh, các chỉ số trên Monitor để phòng việc sặc do dịch dạ dày trào ngược. Việc hướng dẫn BN uống Coca-cola sau can thiệp đã trở thành thường quy, và nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng đã chỉ ra vai trò làm mòn và tiêu dị vật trong ống tiêu hóa [7]. Các BN sau can thiệp được theo dõi tình trạng bụng. Có 9 BN vẫn còn đầy bụng, ăn kém ngon. Do đó người điều dưỡng cần hướng dẫn BN ăn đồ mềm, lỏng như cháo, sữa 3 ngày đầu sau can thiệp và sau đó ăn đặc dần, để hệ tiêu hóa người bệnh đáp ứng dần với việc phục hồi nhu động.

Có 1 BN đau chướng dữ dội phải chuyển phẫu thuật do tắc đoạn xa hồng tràng, thời điểm phát hiện là 52 tiếng sau lần nội soi thứ 2. Đây là trường hợp BN cao tuổi, có tiền sử đã phẫu thuật cắt đoạn đại tràng do ung thư, do đó dễ bị dính và xoắn ruột hơn so với người khác. Nhưng BN đã được phát hiện kịp thời và xử trí sớm, hồi phục ra viện. Kết quả này cũng tương tự như tác giả Kiều Văn Tuấn và Toka B [4] [6]. Bởi vì việc lấy hết tất cả các mảnh dị vật ra ngoài sau khi cắt nhỏ là điều không dễ và không thể kéo dài quá lâu thời gian can thiệp do sây xước niêm mạc thực quản khi kéo các mảnh cắt ra cũng như thời gian gây mê. Do đó trước khi can thiệp, tất cả các BN đều được giải thích về việc vẫn có tỷ lệ nhỏ có thể tắc ruột sau khi nội soi lấy dị vật ra khỏi dạ dày. Và vì vậy, càng thấy rõ vai trò của điều dưỡng trong việc theo dõi, chăm sóc toàn trạng cũng như tình trạng bụng của BN sau can thiệp.

5. Kết luận

Nội soi can thiệp với bộ dụng cụ tự tạo là phương pháp hiệu quả, an toàn với bệnh nhân có dị vật KBTÃ trong dạ dày. Người điều dưỡng có thể tận dụng từ các vật dụng sẵn có để lắp ráp bộ dụng cụ và phổ cập đại trà ở nhiều cơ sở nội soi tiêu hóa. Vai trò của điều dưỡng quan trọng trong việc chuẩn bị, chăm sóc người bệnh trong và sau can thiệp.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2016) *Nội soi can thiệp-gấp giun, dị vật ống tiêu hóa*, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, tr. 167-168.
2. Nhà Xuất bản Y học (2021) *Nội soi lấy dị vật đường tiêu hóa trên*. Sách Nội soi tiêu hóa dành cho điều dưỡng, tr. 47-54.
3. Nguyễn Xuân Quỳnh, Lê Thị Ánh Tuyết (2021) *Dị vật dạ dày dạng khối bã thức ăn: Đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị qua nội soi*

dạ dày bằng dụng cụ cải tiến. Tạp chí Y học Việt Nam tập 500, tháng 3, số 2, tr. 73-76.

4. Kiều Văn Tuấn, Trần Hữu Vinh (2014) *Đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị dị vật dạ dày dạng cục bã thức ăn qua nội soi*. Tạp chí Y học thực hành (903), số 1, tr. 70-73.
5. Đỗ Quang Út, Trần Viết Tiếp (2019) *Kết quả bước đầu điều trị cục bã thức ăn ở dạ dày bằng nội soi can thiệp tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, Uông Bí, Quảng Ninh*. Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, tập IX, số 55, tr. 3404-3409.
6. Bilal Toka et al (2021) *A simple Method for Endoscopic Treatment of Large Gastric Phytobezoars: "Hand-Made Bezoaratome*. Turk J Gastroenterol 32(2): 141-147.
7. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K et al (2015) *Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars*, World J Gastrointest Endosc 7(4): 336-345.
8. Mevlut Kurt, MD et al (2014) *Endoscopic removal of gastric bezoars: An easy technique*, VIDEOGIE Giejournal 80(5): 895-896.
9. Robert S Sandler, Andrea Todisco (1999) *Gastric Bezoars*, Gastroenterology. Lippinton William&Wilkin.
10. Ryuhei Jinushi et al (2021) *Case report: Endoscopic treatment for a giant gastric bezoar: Sequential use of electrohydraulic lithotripsy, alligator forceps, and snares*. JGH Open, doi:10.1002/jgh3.12491.
11. Wang YG, Seitz U, Li ZL (1998) *Endoscopic management of huge bezoars*, Endoscopy 30: 371-374.