ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Trịnh Thị Ngọc¹

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bị viêm phổi dưới 5 tuổi điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa trong thời gian từ 1/4/2017 – 30/9/2017; nhận xét một số đặc điểm điều trị viêm phổi ở nhóm trẻ nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca bệnh, tiến cứu.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1,5: 1; tuổi trung bình $15,91 \pm 12,6$ tháng; nhóm trẻ từ 2 - 12 tháng tỷ lệ cao nhất (53,1%); ho tỷ lệ cao nhất (65,1%), sốt 59%, khó thở 20,2%; thở nhanh (68,4%), ran ẩm nhỏ hạt (89,9%); có 37,2% trẻ mắc viêm phổi nặng và rất nặng; thay đổi số lượng bạch cầu gặp ở 45,5% số bệnh nhân trong đó hầu hết là tăng bạch cầu (66,7%). Tăng CRP chiếm tỷ lệ cao 51,8%; 50,2% trẻ viêm phổi có thiếu máu từ nhẹ đến nặng. 70,8 % trẻ có thay đổi hình ảnh X-quang; điều trị: 100% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị, thuốc giảm ho chiếm tỉ lệ 91,8%, giãn phế quản chiếm hơn 77%, đặc biệt Corticoid dưới nhiều hình thức chiếm gần 50%; thời gian điều trị trung bình $6,58 \pm 3,03$ ngày.

Kết luận: Bệnh hay gặp nhất là nhóm dưới 1 tuổi, tuổi trung bình là $15,91 \pm 12,6$ tháng, viêm phổi nặng chiếm 33,5% còn viêm phổi rất nặng chiếm tỉ lệ 3,7%; phân lập vi khuẩn từ dịch tỵ hầu có H.I chiếm tỉ lệ 17,8%, còn *S. Pneumoniae* 34,5%, *S. mitis* chiếm 38,6%. Kháng sinh được sử dụng cho 100% các trường hợp, các thuốc điều trị triệu chứng hay dùng nhất là giảm ho long đờm, thuốc giãn phế quản, có điều trị bằng Corticoid chiếm hơn 45%, thời gian điều trị trung bình $6,58 \pm 3,03$ ngày.

Từ khóa: Viêm phổi, trẻ em.

Abstract

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH PNEUMONIA UNDER 5 YEARS OLD TREATED AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT THANH HOA CHILDREN'S HOSPITAL

¹ Trường cao đẳng Y tế Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Ngọc.

Ngày nhận bài: 20/12/2019; Ngày phản biện khoa học: 21/01/2020; Ngày duyệt bài: 15/02/2020

Objective: To describe a number of clinical and paraclinical characteristics of children with pneumonia under 5 years old treated at the Respiratory Department of Thanh Hoa Children's Hospital from April 1, 2017 - September 30, 2017; comment on some characteristics of pneumonia treatment in the study group.

Research methods: describe a series of cases and prospective study.

Results: Male/female ratio is 1.5: 1; average age 15.91 ± 12.6 months; the highest rate of children from 2 to 12 months (53.1%); the highest rate of cough (65.1%), fever 59%, shortness of breath 20.2%; tachypnea (68.4%), small moist rales (89.9%); 37.2% of children had severe and very severe pneumonia; changes in white blood cell count in 45.5% of patients, most of which were leukocytosis (66.7%). Increasing CRP accounted for 51.8%; 50.2% of pneumonia children have mild to severe anemia. 70.8% of children had changes in X-ray images; Treatment: 100% of patients were treated with antibiotics, antitussives accounted for 91.8%, bronchodilators accounted for more than 77%, especially Corticoid in many forms accounted for nearly 50%; The average duration of treatment was 6.58 ± 3.03 days.

Conclusions: The most common disease was the group under 1 year of age, the average age was 15.91 ± 12.6 months, severe pneumonia accounted for 33.5% and very severe pneumonia accounted for 3.7%; isolate bacteria from the nasopharyngeal aspirate with H.I accounting for 17.8%, while *S. Pneumoniae* 34.5%, *S. mitis* accounting for 38.6%. Antibiotics are used in 100% of cases, the most commonly used symptomatic drugs are cough suppressant, bronchodilators, corticoid-treated drugs accounting for more than 45%, average duration of treatment time was $6, 58 \pm 3.03$ days.

Key word: Pneumonia, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi hay viêm phế quản phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi, là một trong những bệnh đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong. Tần xuất mắc viêm phổi ở các nước đang phát triển cao gấp 10 lần các nước phát triển, ở đó suy dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ góp phần vào tỉ lệ tử vong. Theo báo cáo “Thực trạng về hoạt động nhiễm khuẩn hô hấp cấp trẻ em” trong giai đoạn 2004 - 2010, tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp chiếm 32,5% số bệnh nhi nhập viện [1].

Việt Nam là nước đứng thứ 9 trong số các nước có tần số mới mắc viêm phổi hàng năm cao nhất (0,35 lần/trẻ/năm), tương đương mỗi năm có 2,9 triệu trường hợp mắc mới [2]. Ở Việt Nam, năm 2013, có khoảng 33.396 trẻ tử vong, trong đó viêm phổi chiếm 11,8 % tổng số ca, đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi nói chung và đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong ở trẻ 1 tháng đến 5 tuổi. Như vậy, mỗi năm Việt Nam có khoảng 40.00 trẻ em tử vong do viêm phổi.

Để góp phần tìm hiểu tình hình viêm phổi ở trẻ em nói chung và tại Thanh Hóa nói riêng

chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bị viêm phổi dưới 5 tuổi điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa trong thời gian từ 1/4/2017 - 30/9/2017.

2. Nhận xét một số đặc điểm điều trị viêm phổi ở nhóm trẻ nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

1.086 bệnh nhân viêm phổi từ 2 tháng - 60 tháng được điều trị tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 1/4/2017 đến 30/9/2017.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, tiến cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ viêm phổi dưới 5 tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Giới Tuổi (tháng)	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Từ 2 - 12 tháng	374	64,8	203	35,2	577	53,1
Từ 13 - 24 tháng	147	58,1	106	41,9	253	23,3
Từ 25 - 60 tháng	134	52,3	122	47,7	256	23,6
Tổng số	655	60,3	431	39,7	1086	100

Nhận xét: Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,5 : 1.

Bảng 3.2. Tiền sử đã điều trị trước khi vào viện

Đã ĐT Dùng KS	Cơ sở Y tế		Tự điều trị		Chưa ĐT		Tổng
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Đã dùng KS	462	56,3	358	43,7%	0	0%	820 (75,5%)
Chưa dùng KS	39	14,7	113	42,5	114	42,9	266 (24,5%)
Tổng số	501	46,1	471	43,4	114	10,5	1086 (100%)

Nhận xét: Gần 90% trẻ đã được điều trị trước khi vào viện và có hơn 75,5% đã dùng kháng sinh trước.

Bảng 3.3. Mức độ suy dinh dưỡng của trẻ viêm phổi

Mức độ suy dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
SDD nhẹ và vừa	469	43,2
Không SDD	617	56,8
Tổng số	1086	100

Nhận xét: 43,2% trẻ viêm phổi có biểu hiện suy dinh dưỡng các mức độ.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị viêm phổi

Biểu đồ 3.1. Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi

Nhận xét: Ho, khò khè, khó thở và sốt là các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, thở nhanh (68,4%), ran ẩm nhỏ hạt (89,9%).

Bảng 3.4. Mức độ nặng của viêm phổi

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi rất nặng	40	3,7
Viêm phổi nặng	364	33,5
Viêm phổi	682	62,8
Tổng	1086	100

Nhận xét: Đa số trẻ viêm phổi điều trị ở khoa là mức độ nhẹ và vừa, chỉ có 37,2% trẻ mắc viêm phổi nặng và rất nặng trong đó viêm phổi rất nặng là 3,7%.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức độ nặng và tuổi của bệnh nhân

Độ nặng \ Tuổi	2 - 12 tháng		13 - 60 tháng		Tổng	P
	N (%)	%	N (%)	%	N (%)	
VP	324(56,2)	47,5	358(70,3)	52,5	682(62,8)	< 0,001
VP nặng	222(38,5)	61	142(27,9)	39	364(33,5)	
VP rất nặng	31(5,4)	77,5	9(1,8)	22,5	40(3,7)	
Tổng	100%		100%		100%	

Nhận xét: Trẻ càng nhỏ, bệnh càng có xu hướng nặng ($p < 0,05$)

Bảng 3.7. Thay đổi số lượng bạch cầu, CRP của VPQP

Bạch cầu	Bình thường		Tăng hoặc giảm		Tổng
	n	%	n	%	N (%)
Số lượng bạch cầu	592	54,5	494	45,5	1086 (100%)
Bạch cầu trung tính	362	33,3	724	66,7	1086 (100%)
CRP	523	48,2	563	51,8	1086 (100%)

Nhận xét: Thay đổi số lượng bạch cầu gặp ở 45,5% số bệnh nhân trong đó hầu hết là tăng bạch cầu (66,7%). Tăng CRP chiếm tỷ lệ cao 51,8%.

Bảng 3.8. Mối liên hệ giữa thiếu máu và lứa tuổi của trẻ viêm phổi

Mức độ \ Tuổi	2 - 12 tháng		13 - 60 tháng		Tổng	P
	N (%)	%	N (%)	%	N (%)	
Vừa	50(8,7)	80,6	12(2,4)	19,4	62(5,7)	< 0,001
Nhẹ	349(60,5)	72,3	134(26,3)	27,7	483(44,5)	
Bình thường	178(30,8)	77,5	363(71,3)	67,1	541(49,8)	
Tổng	100%		100%		100%	

Nhận xét: 50,2% trẻ viêm phổi có thiếu máu từ nhẹ đến nặng.

Bảng 3.9. Thay đổi hình ảnh Xquang của viêm phổi

Hình ảnh Xquang	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mờ tính chất phế nang cạnh tim	562	51,7
Dày thành phế quản	174	16
Tổn thương tập trung	15	1,4
Khác	17	1,6
Bình Thường	318	29,3
Tổng số	1086	100

Nhận xét: 70,8% trẻ có thay đổi hình ảnh Xquang hay gặp nhất là hình ảnh mờ tính chất phế nang cạnh tim 2 bên (51,7%).

3.3. Điều trị viêm phổi

Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc trong điều trị viêm phổi

Nhận xét: 100% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị, thuốc giảm ho chiếm tỉ lệ 91,8%, giãn phế quản chiếm hơn 77%, đặc biệt Corticoid dưới nhiều hình thức chiếm gần 50%.

Biểu đồ 3.4. Tỉ lệ số loại kháng sinh sử dụng trong điều trị

Nhận xét: Số bệnh nhân chỉ dùng 1 loại kháng sinh chiếm tỉ lệ cao nhất 72,9%, 2 loại là 23,5%.

Biểu đồ 3.5. Thời gian điều trị trung bình

Nhận xét: Số ngày điều trị ngắn nhất 1 ngày, nhiều nhất 25 ngày, thời gian điều trị trung bình $6,58 \pm 3,03$ ngày

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học của viêm phổi

Viêm phổi hay gặp nhất là nhóm dưới 1 tuổi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $15,91 \pm 12,6$ tháng, trong đó nhóm trẻ từ 2 – 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%). Kết quả nghiên cứu của Bùi Việt Hà (2015) tỉ lệ trẻ viêm phổi dưới 12 tháng là 40,9% [3], Nguyễn Văn Bàng 50,5% [4], Grant (2011) viêm phổi có tuổi trung bình là 18,5 tháng [5].

Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Bùi Việt Hà và Nguyễn Thị Yến (2015) nghiên cứu trên 132 trẻ từ 6 tháng - 5 tuổi là 1,9:1.

4.2. Tiền sử điều trị trước khi vào viện

Gần 90% trẻ đã được điều trị trước khi vào viện, trong đó 46,1% được điều trị tại các cơ sở y tế còn lại 43,4% tự điều trị tại nhà. Tỉ lệ điều trị kháng sinh trước là 820/972 (84,4%) chỉ có 10,5% các trường hợp là chưa điều trị

gì trước khi vào viện tập trung chủ yếu ở các bệnh nhân ở thành phố.

Theo ghi nhận ở Bệnh viện Nhi Đồng I thành phố Hồ Chí Minh, 80% trẻ đến khám đều có dùng kháng sinh trước, trong đó 70% trẻ bị cảm ho thông thường được cha mẹ tự điều trị bằng kháng sinh [4].

4.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi

Triệu chứng lâm sàng viêm phổi đa dạng trong đó ho và rale ẩm chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng với 94,9% và 89,9%, sau đó là thở nhanh (68,4%), khò khè (69,7%), rale rít (65,8%) và rút lõm lồng ngực (37,3%).

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Newman và cộng sự theo dõi dọc trên 2352 bệnh nhi. Nghiên cứu của Tô Văn Hải trên 151 trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi bị viêm phổi [6]. Nghiên cứu của Lê Việt Thắng cũng cho kết quả tương tự [7].

4.4. Phân bố mức độ nặng của bệnh viêm phổi

Viêm phổi nặng chiếm 33,5% còn viêm phổi rất nặng chỉ có 40 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 3,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác nhiều với các nghiên cứu của Bùi Việt Hà tỉ lệ viêm phổi nặng và viêm phổi rất nặng chiếm tỷ lệ cao (44,7% và 30,3%).

4.5. Mối liên quan giữa mức độ nặng và tuổi

Tỷ lệ viêm phổi rất nặng chiếm cao trong nhóm trẻ từ 2 – 12 tháng. Nhóm tuổi từ 2 -12 tháng viêm phổi rất nặng chiếm tỷ lệ cao 5,4% và ngược lại ở nhóm tuổi từ trên 12 tháng - 60 tháng viêm phổi rất nặng chỉ chiếm 1,8%. Tuổi có mối liên quan với mức độ nặng của bệnh với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Lê Việt Thắng [7] với tỷ lệ mắc viêm phổi rất nặng ở từng nhóm tuổi là từ 2 tháng đến 1 tuổi chiếm 16,7% và Phạm Thu Hiền là 42,6%.

4.6. Triệu chứng cận lâm sàng

Tăng hoặc giảm bạch cầu gặp ở 45,5% tuy nhiên tỉ lệ giảm bạch cầu rất ít, tăng bạch cầu đa nhân trung tính chiếm tỉ lệ 66,7%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung [8] gặp 62,3% bệnh nhân có tăng bạch cầu. Có 51,8% trẻ có tăng CRP trong nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân viêm phổi là 50,2%, chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 44,5%, thiếu máu vừa là 5,7%, không có trường hợp thiếu máu nặng nào. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến và Nguyễn Thị Quỳnh Hương (2012), thấy rằng tỷ lệ thiếu máu là 65,9% trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 58% [9], Nguyễn Thị Dung là 58,5% chủ yếu là thiếu máu nhẹ chiếm 49,1% [8].

Tổn thương thấy được trên phim X-quang chiếm tỉ lệ 70,8 %. Kết quả tương tự như

nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến và Nguyễn Thu Hà với 56,6% trẻ có tổn thương trên phim X-quang [10] hoặc Nguyễn Thị Dung với tỉ lệ là 73,6% [8].

4.7. Điều trị viêm phổi phế quản phổi

Có tới 89,5% trẻ đã được điều trị trước khi nhập viện. Kháng sinh được sử dụng cho 100% các trường hợp, các thuốc điều trị triệu chứng dùng nhất là giảm ho long đờm chiếm tỉ lệ 91,8%, thuốc giãn phế quản 77,5%, điều đặc biệt Corticoid chiếm tới hơn 45%, đây là 1 tỉ lệ tương đối cao.

V. KẾT LUẬN

1. Một số đặc điểm chung của viêm phổi dưới 5 tuổi

Bệnh hay gặp nhất là nhóm dưới 1 tuổi, tuổi trung bình là $15,91 \pm 12,6$ tháng, trẻ nam nhiều hơn nữ; gần 90% trẻ đã được điều trị trước khi vào viện, tỉ lệ điều trị kháng sinh trước là 84,4%; viêm phổi nặng chiếm 33,5% còn viêm phổi rất nặng chiếm tỉ lệ 3,7%; tình trạng sử dụng thuốc không có đơn của bác sĩ đã trở thành hiện tượng rất phổ biến và rất đáng lo ngại.

2. Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị của viêm phổi

* Ho là triệu chứng khởi phát hay gặp nhất (93,3%) và sốt đứng thứ 2 với 59%; ran ẩm chiếm tỷ lệ cao, thở nhanh, khô khè, ran rít và rút lõm lồng ngực là những triệu chứng phổ biến. Viêm phổi nặng chiếm 33,5% còn viêm phổi rất nặng chiếm tỉ lệ 3,7%; tăng hoặc giảm bạch cầu gặp ở 45,5 %; tổn thương trên phim X-quang chiếm tỉ lệ 70,8%; phân lập vi khuẩn từ dịch tỵ hầu có H.I chiếm tỉ lệ 17,8%, còn S. Pneumoniae 34,5%, S. mitis chiếm 38,6%.

* Điều trị: Có tới 89,5% trẻ đã được điều trị trước khi nhập viện; kháng sinh được sử dụng cho 100% các trường hợp, các thuốc điều trị triệu chứng hay dùng nhất là giảm ho long

đờm, thuốc giãn phế quản, có điều trị bằng Corticoid chiếm hơn 45%, thời gian điều trị trung bình $6,58 \pm 3,03$ ngày

VI. KIẾN NGHỊ

Cần phải tăng cường tuyên truyền cho cộng đồng nên tránh việc sử dụng kháng

sinh quá bừa bãi cũng như tự ý điều trị không theo hướng dẫn của thầy thuốc nhằm mục đích nâng cao sức khỏe và chất lượng sống cho trẻ bị viêm phổi, giảm gánh nặng bệnh tật cho gia đình và sự quá tải của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đào Minh Tuấn (2010), *Nghiên cứu thực trạng khám và điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tri Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2010*,. Dự án nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trẻ em, Tr. 1- 4.
2. Rudan I, B.-P.C., Biloglav Z et al (2008), Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*, . 2008. 86(5),: p. 408-416.
3. Bùi Việt Hà - Nguyễn Thị Yến (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của VPQP ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Vân Anh - Nguyễn Văn Bằng (2007), Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 2007. 11(4).
5. Grant, C.C., et al (2012), Risk factors for community-acquired pneumonia in pre-school-aged children. *J Paediatr Child Health*,48 (5): p. 402-12.
6. Tô Văn Hải-Trần Thị Tuyết (2003), “ Đặc điểm lâm sàng viêm phổi trẻ em tại Khoa Nhi, Bệnh viện Thanh Nhàn”, *Tạp chí Y học thực hành*, Hội nghị Nhi khoa Miền Trung,(số 447/2003, 95.).
7. Lê Việt Thắng (2008), *Độ nhạy, độ đặc hiệu các triệu chứng lâm sàng bệnh viêm phế quản phổi của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
8. Nguyễn Thị Dung - Nguyễn Thị Yến (2013), *Nghiên cứu triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm phổi kéo dài trên 2 tuần ở trẻ 2 - 12 tháng tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Thị Quỳnh Hương- Nguyễn Thị Yến (2012), Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phế quản phổi ở trẻ dưới 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương, *Tạp chí y học Việt Nam*, 390, Tr. 63 - 66.
10. Nguyễn Thị Yến - Nguyễn Thu Hà (2012), Viêm phổi ở trẻ mắc tim bẩm sinh shunt trái- phải,. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 80, Tr. 121- 123.