

7. **Chalmer MA, Kogelman LJA, Callesen I, et al.** Sex differences in clinical characteristics of migraine and its burden: a population-based study. *European Journal of Neurology*. 2023;30(6):1774-1784. doi:10.1111/ene.15778
8. **Rai NK, Bitswa R, Singh R, Pakhre AP, Parauha DS.** Factors associated with delayed

diagnosis of migraine: A hospital-based cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;8(6):1925. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_376_19

9. **Foxhall K.** *Migraine: A History*. Johns Hopkins University Press; 2019. Accessed June 15, 2023. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/47718>

VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE Ở TRẺ EM: PHÂN TÍCH LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đào Văn Phúc^{1,2}, Ninh Quốc Đạt^{1,2},
Nguyễn Thị Linh², Lê Thị Văn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và đánh giá hiệu quả điều trị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em tại Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu và hồi cứu trên 197 trẻ từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả điều trị được phân tích dựa trên hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 6,45 ± 3,3 tuổi, với nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm đa số. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho (93,9%) và sốt (76,6%). Trên X-quang, tổn thương phổi lan tỏa chiếm 79,1%. Nồng độ CRP tăng cao ở 65% bệnh nhân, trong khi số lượng bạch cầu bình thường ở 58,3% trường hợp. Thời gian điều trị trung bình là 7,7 ± 7 ngày, với tỷ lệ kháng Macrolid là 29,4% và không có ca tử vong. **Kết luận:** Viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* chủ yếu xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi, với các triệu chứng phổ biến là ho và sốt. Tình trạng kháng Macrolid cao là thách thức trong điều trị, yêu cầu có chiến lược quản lý thích hợp.

Từ khóa: Viêm phổi, *Mycoplasma pneumoniae*, trẻ em, kháng Macrolid

SUMMARY

MYCOPLASMA PNEUMONIAE PNEUMONIA IN CHILDREN: CLINICAL ANALYSIS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE AT XANH PON GENERAL HOSPITAL

Objective: This study aimed to describe the clinical and laboratory features, as well as evaluate the treatment outcomes of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in children at Xanh Pon General Hospital. **Methods:** A prospective and retrospective descriptive

study was conducted on 197 children aged 2 months to 16 years who were diagnosed with *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia from March 2023 to March 2024. Clinical features, laboratory findings, and treatment outcomes were analyzed based on medical records. **Results:** The mean age of patients was 6.45 ± 3.3 years, with the majority being under 5 years old. The most common clinical symptoms were cough (93.9%) and fever (76.6%). On X-ray, diffuse lung lesions accounted for 79.1%. Elevated CRP levels were observed in 65% of patients, while normal white blood cell counts were seen in 58.3%. The average treatment duration was 7.7 ± 7 days, with a macrolide resistance rate of 29.4% and no fatalities. **Conclusion:** *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia predominantly affects children under 5 years old, with common symptoms of cough and fever. The high rate of macrolide resistance poses a significant challenge in treatment, necessitating appropriate management strategies. **Keywords:** Pneumonia, *Mycoplasma pneumoniae*, children, macrolide resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. Theo tổ chức y tế thế giới WHO tỉ lệ mắc bệnh viêm phổi ở nhóm trẻ em dưới 5 tuổi là 0,29 lần mắc một năm ở các nước đang phát triển và 0,05 lần mắc một năm ở trẻ em các nước đang phát triển [1]. Theo số liệu báo cáo năm 2014 của Tổng cục thống kê và UNICEF, Việt Nam có 81,1% trẻ em từ 0 – 59 tháng tuổi có triệu chứng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính được đưa đến khám tại các cơ sở y tế [2]. Đây không chỉ là mối đe dọa cho sức khỏe của trẻ em mà còn là gánh nặng to lớn đối với gia đình, ngành y tế và toàn xã hội. Căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em thường là do virus, vi khuẩn và các vi sinh vật khác. Trong nhóm căn nguyên vi khuẩn thì vi khuẩn không điển hình chiếm một phần quan trọng. Viêm phổi không điển hình gây nên 20% số ca viêm phổi cộng đồng. Trong đó *Mycoplasma Pneumoniae* chiếm 55-70% [3]. Viêm phổi không điển hình trước

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quốc Đạt

Email: ninhquocdat@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

đây đa số điều trị theo kinh nghiệm. Điều này làm gia tăng các chủng vi khuẩn kháng kháng sinh, kéo dài thời gian điều trị. Viêm phổi do *Mycoplasma Pneumoniae* với các triệu chứng lâm sàng không điển hình và hình ảnh X-quang phổi rất đa dạng, nếu không được chẩn đoán chính xác sẽ dễ nhầm lẫn với các căn nguyên khác, Hơn nữa với cấu tạo đặc biệt, không có vách tế bào nên *Mycoplasma Pneumoniae* không chịu sự tác dụng của nhóm B-lactam - nhóm kháng sinh đầu tay trong điều trị viêm phổi ở trẻ em. Cùng với đó, tình trạng kháng kháng sinh, đặc biệt là kháng Macrolid, đang ngày càng gia tăng, làm tăng nguy cơ thất bại trong điều trị và gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Điều này đặt ra câu hỏi cấp thiết: Làm thế nào để xác định và quản lý hiệu quả viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em, trong bối cảnh hiện nay? Vì những lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em tại Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn, từ đó đưa ra những nhận định nhằm cải thiện hiệu quả điều trị và giảm thiểu các biến chứng liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 197 bệnh nhân từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *Mycoplasma Pneumoniae* tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ 01/03/2023 đến 30/03/2024.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi (WHO năm 2013): Ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu: thở nhanh, rút lõm lồng ngực, nghe phổi thấy bất thường (giảm thông khí, ran ẩm to, nhỏ hạt, có thể kèm ran rít, ran gáy...). X-quang phổi có hình ảnh tổn thương phổi.

Tiêu chuẩn viêm phổi do Mycoplasma pneumonia (Theo tiêu chuẩn nào):

- Có tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi và
- PCR *Mycoplasma pneumoniae* trong dịch tị hầu, dịch rửa phế quản, dịch nội khí quản dương tính hoặc/và kháng thể IgM đặc hiệu với *Mycoplasma pneumoniae* dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ hoặc người chăm sóc trẻ từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiến cứu và hồi cứu. Cỡ mẫu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp: Các dấu hiệu dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị được đánh giá dựa vào bệnh án và hỏi bệnh. Công

thức máu, CRP, X-quang tim phổi, được làm vào ngày đầu tiên và sau 3-5 ngày nhập viện hoặc lâu hơn tùy tình trạng bệnh của trẻ. Trẻ được xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn, IgM và/ hoặc PCR M. *Pneumoniae* trong dịch tị hầu.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng: thống kê mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ %), χ^2 , T test, McNemar test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 197 trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán được sử dụng để phân tích hiệu quả điều trị

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm trẻ tham gia nghiên cứu.

Đặc điểm		n (%)
Tuổi	2 tháng -1 tuổi	24 (12,2%)
	1-5 tuổi	102 (51,7%)
	> 5 tuổi	71 (36%)
Trung bình tuổi: 6,45 ± 3,3 tuổi		
Giới tính	Nam	100 (50,7%)
	Nữ	97 (49,2)

Nhận xét: Lứa tuổi thường gặp nhất là từ 1-5 tuổi sau đó là trên 5 tuổi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,45 ± 3,3 tuổi. Không có sự khác biệt đáng kể về giới tính trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Đặc điểm lâm sàng		n (%)
Triệu chứng cơ năng	Ho	185 (93,9%)
	Sốt	151 (76,6%)
	Khò khè	65 (33%)
	Khó thở	35 (17,7%)
	Đau ngực	9 (4,56%)
Triệu chứng thực thể	Ran ở phổi	190 (96,4%)
	Hội chứng đông đặc	11 (5,58%)
	Thở nhanh	25 (12,7%)
	Tím môi	7 (3,55%)
	Rối loạn tiêu hóa	32 (16,2%)
	Phát ban	8 (4%)

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là ho 93,9%, sau đó là sốt 76,6%. Các triệu chứng ít gặp hơn là khó thở, đau ngực. Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là ran ở phổi 96,4%.

Bảng 3. Đặc điểm các triệu chứng cận lâm sàng

Đặc điểm		n (%)
Tổn thương trên X-quang	Tổn thương lan tỏa	156 (79,18%)
	Tổn thương tập trung	42 (21,3%)
	Phổi phải Phổi trái	15 (7,6%)
Số lượng bạch cầu	Bình thường theo tuổi	115 (58,3%)
	Tăng theo tuổi	82 (41,8%)
CRP	<6 mg/dl	72 (36,5%)
	>6 mg/dl	125 (63,4%)
	Mean \pm SD (Min- Max)	27,2 \pm 65,7

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có CRP tăng 63,4%, số lượng bạch cầu đa phần bình thường 58,3%. Tổn thương trên X-quang phổi chủ yếu là tổn thương lan tỏa 79,18%, tổn thương tập trung chiếm số ít hơn và ưu thế bên phổi phải 21%.

Bảng 4. Kết quả điều trị

Đặc điểm		n (%)
Thời gian nằm viện	<7 ngày	119 (60,4%)
	>7 ngày	78 (39,6%)
	Trung bình	7,7 \pm 7
Kết quả điều trị	Khỏi	145 (73,6%)
	Đỡ, giảm	52 (26,4%)
	Nặng lên, tử vong	0 (0%)

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình của đối tượng nghiên cứu là 7,7 \pm 7 ngày. Với 73,6% số trẻ khỏi và 26,4% trẻ đỡ giảm. Không có trẻ nặng lên và tử vong.

Bảng 5: Đáp ứng với điều trị kháng sinh

Kháng sinh	n = 197	%
Nhạy với Macrolid	139	70,6
Kháng Macrolid	58	29,4
Kháng trị	8	4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân kháng với Macrolid là 29,4%. Tỷ lệ bệnh nhân kháng trị là 4%.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 197 trẻ bị viêm phổi do Mycoplasma Pneumoniae đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,45 \pm 3,3 tuổi, lứa tuổi thường gặp nhất là từ 1-5 tuổi (Bảng 1). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền (2017), trong đó lứa tuổi hay gặp nhất là 2-5 tuổi 43,13% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh (2011) tại Bệnh viện Nhi Trung Ương cũng ghi nhận rằng nhóm tuổi này có tỷ lệ mắc cao nhất [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cao hơn ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi, điều này có thể phản ánh đặc điểm dân số trẻ em trong khu vực nghiên cứu, hoặc sự thay đổi trong dịch tễ học của viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae theo thời gian.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra không có sự khác

biệt về giới tính ở nhóm trẻ mắc bệnh (Bảng 1) Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của đa số các tác giả trong nước và quốc tế [4-6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân trong nghiên cứu là ho (93,9%) và sốt (76,6%) (Bảng 2). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phan Thị Thu Minh (2024) tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, với tỷ lệ ho và sốt lần lượt là 92% và 74% [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh (2011), trong đó chỉ có 65% bệnh nhân có triệu chứng sốt [5]. Còn theo nghiên cứu của A. Defilippi và cộng sự (2008), tỷ lệ sốt và ho lần lượt là 73,55% và 60,8% [6]. Sự khác biệt này có thể do yếu tố thời gian bệnh trước khi nhập viện hoặc do đặc điểm dân số khác nhau giữa các nghiên cứu.

Một triệu chứng lâm sàng khác là ran ở phổi, được ghi nhận ở 96,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền (2017), với tỷ lệ ran phổi là 93%. Rale phổi là dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán lâm sàng viêm phổi, tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh sự tổn thương lan tỏa trong nhu mô phổi nặng nề của bệnh lý ở các bệnh nhân tại thời điểm nhập viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương trên X-quang chủ yếu là tổn thương lan tỏa 2 bên phổi chiếm 79,18% cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền [4] với 60% tổn thương lan tỏa. Và nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh [5] với 52,1 % tổn thương lan tỏa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: đa số bệnh nhân có CRP tăng 63,4%, số lượng bạch cầu đa phần bình thường 58,3%. Điều này có sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả khác khi có cả CRP và số lượng bạch cầu tăng trong đa số trường hợp như trong nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Minh và cộng sự (2024) có bạch cầu tăng chiếm 77%, CRP tăng chiếm 49,1% [7].

4.3. Kết quả điều trị. Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 7 \pm 7 ngày thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Phan Thị Thu Minh [7k] với thời gian điều trị trung bình là 10,2 \pm 7,4 ngày. Điều này có thể giải thích do tình trạng nặng của bệnh nhân lúc nhập viện. Với 73,6 % số trẻ khỏi và 26,4% trẻ đỡ giảm, không có trẻ nặng lên và tử vong. Kết quả này gần tương đương với kết quả của tác giả Phan Thị Thu Minh [7] có 95,2% khỏi, 4,8% thuyên giảm và không có bệnh nhân tử vong.

Một trong những phát hiện quan trọng của nghiên cứu là tỷ lệ kháng Macrolid ở mức 29,4%, cao hơn so với con số 18,4% của tác giả Nguyễn Thị Thanh Phúc và cộng sự (2024) [8]. Điều này đáng báo động vì sự gia tăng kháng Macrolid có thể làm giảm hiệu quả của liệu pháp điều trị tiêu chuẩn và dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng. Việc này có thể liên quan đến việc lạm dụng kháng sinh trong cộng đồng hoặc việc sử dụng kháng sinh không hợp lý trong điều trị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae*.

Tỷ lệ Viêm phổi *Mycoplasma pneumoniae* kháng trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 4% thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mai Anh (2023) tại bệnh viện Nhi trung ương là có 15/135 (11,1%) trẻ phải điều trị corticoid hoặc IVIG [8], điều này có thể là do sự khác biệt trong việc quản lý các trường hợp viêm phổi nặng.

Nghiên cứu này cung cấp một cái nhìn chi tiết về tình hình viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em tại một bệnh viện lớn ở Việt Nam, đặc biệt là về tình trạng kháng Macrolid đang gia tăng. Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ kháng Macrolid cao như vậy, nhấn mạnh sự cần thiết của việc quản lý kháng sinh hợp lý và việc giám sát tình trạng kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* chủ yếu xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi, với các triệu chứng phổ biến là ho và sốt. Tình trạng kháng Macrolid cao là thách thức trong điều trị, yêu cầu có chiến lược quản lý thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Igor Rudan, Cynthia Boschi-Pinto, Zrinka Biloglav, Kim Mulholland, and Harry Campbell. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. 2008
2. UNICEF, Tổng cục Thống kê. Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014, Báo cáo cuối cùng. Hà Nội, Việt Nam. 2015
3. Jung Yeon Shim (2022): Current perspective on atypical pneumonia in children. Clinical and experimental Pediatrics. Journal article.
4. Trịnh Thị Huyền (2017): Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do *Mycoplasma Pneumoniae* tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc Sĩ Y Học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Văn Anh (2011): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ trên 1 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận Văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Defilippi, A.; Silvestri, M.; Tacchella, A.; Giachino, R.; Melioli, G.; Marco, E. D.; Cirillo, C.; Pietro, P. D.; Rossi, G. A. Epidemiology and Clinical Features of *Mycoplasma Pneumoniae* Infection in Children. Respiratory Medicine 2008, 102 (12), 1762–1768. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2008.06.022>.
7. Phan Thị Thu Minh (2024): Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương.
8. Nguyễn Thị Thanh Phúc (2024). Kết quả điều trị viêm phổi *Mycoplasma pneumoniae* mang gen kháng Macrolid ở trẻ em. Tạp chí nghiên cứu y học, 2024
9. Trần Thị Mai Anh. Kết quả điều trị viêm phổi nặng do *Mycoplasma pneumoniae* tại trung tâm hô hấp bệnh viện nhi Trung Ương 2023. Tạp chí Nhi Khoa. 2024

KIẾN THỨC – THÁI ĐỘ - THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CHO BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ TÂN UYÊN, TỈNH BÌNH DƯƠNG GIAI ĐOẠN 2024

Đinh Bảo Khánh¹, Tạ Văn Trâm²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tay, chân, miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm ở trẻ em và hàng năm ảnh hưởng đến hàng triệu trẻ em dưới 5 tuổi trên khắp khu vực Châu Á - Thái Bình Dương. Lây truyền TCM chủ yếu

xảy ra thông qua tiếp xúc trực tiếp (từ người sang người) và tiếp xúc gián tiếp với bề mặt và đồ vật bị ô nhiễm. **Mục tiêu và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích dựa trên bảng câu hỏi soạn sẵn được thực hiện thông qua phỏng vấn trực tiếp nhằm đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh tay chân miệng và các yếu tố liên quan của 383 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại Thành phố Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu khảo sát 383 bà mẹ có con dưới 5 tuổi, với độ tuổi trung bình là $30,47 \pm 7,01$. Đối tượng chủ yếu là từ 18 đến 39 tuổi, có trình độ học vấn từ THPT trở lên và hơn 90% là người Kinh. Khoảng 42% bà mẹ đang ở trọ, nghề nghiệp chủ yếu

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Bảo Khánh

Email: khanhdinh0609@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 13.11.2024