

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Huyền¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Tân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $12,8 \pm 11,6$ tháng. Nhóm tuổi 2 – 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 60,83%, tỉ lệ trẻ nam so với nữ là 1,8:1. 58,3% trẻ đã được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện (tự điều trị tại nhà hoặc phòng khám tư), chỉ có 11,7% chưa được điều trị và 30% bố mẹ không rõ. 100% nhóm kháng sinh β -lactam được điều trị ban đầu, sau đó đến nhóm macrolid là 62,5%, nhóm aminoglycoside là 34,17%. 60,83% trẻ được điều trị 1 loại kháng sinh, 32,5% trẻ được điều trị phối hợp 2 kháng sinh, 6,67% trẻ được điều trị trên 2 loại kháng sinh. 10% trẻ phải điều trị thay thế kháng sinh 1 lần, chỉ 2,5% trẻ phải thay kháng sinh trên 2 lần. **Kết luận:** Nhóm tuổi từ 2 đến 12 tháng gặp tỉ lệ cao nhất. Kháng sinh được điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương tuân thủ theo phác đồ được khuyến cáo.

Từ khóa: viêm phổi, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

RESEARCH ON THE USE OF ANTIBIOTIC USE IN TREATING PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2024

Objective: Research on the use of antibiotics for treating pneumonia in children under 5 years old at Hai Duong Children's Hospital in 2024. **Subjects and research methods:** cross-sectional descriptive study, convenience sampling. **Results:** The average age of the study subjects was 12.8 ± 11.6 months. The age group of 2 – 12 months accounted for the highest percentage at 60.83%, with a male-to-female ratio of 1.8:1. 58.3% of children had used antibiotics before hospitalization (self-treatment at home or in private clinics), only 11.7% had not received treatment, and 30% of parents were unsure. 100% of the β -lactam antibiotic group was treated initially, followed by the macrolide group at 62.5%, and the aminoglycoside group at 34.17%. 60.83% of children were treated with one type of antibiotic, 32.5% were treated with a combination of two antibiotics, and 6.67% were treated with more than two types of antibiotics. 10% of children required a change in antibiotics once, while only 2.5% needed to change antibiotics more than

twice. **Conclusion:** The age group from 2 to 12 months has the highest incidence. Antibiotics administered at Hai Duong Pediatric Hospital follow the recommended protocol. **Keywords:** pneumonia, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, viêm phổi là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong [1]. Năm 2010, có 120 triệu ca viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi, và 14 triệu trường hợp viêm phổi tiến triển thành các tình trạng nghiêm trọng và đe dọa tính mạng cần được chăm sóc khẩn cấp tại bệnh viện. Năm 2011, ước tính có khoảng 1,3 triệu trường hợp viêm phổi dẫn đến tử vong trên toàn thế giới [2].

Năm 1980, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã phát triển một chiến lược quản lý trường hợp được gọi là chương trình Nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính (ARI) nhằm cố gắng giảm các ca tử vong liên quan đến viêm phổi. Sau đó, vào năm 1995, chiến lược này đã được đưa vào các hướng dẫn của Xử trí lồng ghép trẻ bệnh (IMCI) để chăm sóc ban đầu và quản lý ca bệnh tại bệnh viện. Năm 2005, các hướng dẫn IMCI đã được đưa vào sách bỏ túi của WHO về chăm sóc bệnh viện nhi khoa với một số sửa đổi, đặc biệt là đối với các bác sĩ. Tác động của những hướng dẫn này là rất lớn. Trong nhiều thập kỷ, tử vong do viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm từ 2,3 triệu vào năm 1990 xuống còn 0,9 triệu vào năm 2015 [1].

Tỉ lệ tử vong do viêm phổi tại Việt Nam đứng hàng đầu trong các bệnh hô hấp (75%), chiếm 21% so với tổng số tử vong chung ở trẻ em. Viêm phổi là một trong những nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ em dưới 5 tuổi phải nhập viện tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Số trẻ nhập viện do nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKKHCT) do viêm phổi có tỉ lệ cao tại một số địa phương: Thái Bình (54,9%), Hà Nam (54,4%), Sơn La (60,5%), Thái Nguyên (25,6%), Kiên Giang (25,1%), Quảng Nam (29,5%) [3].

Thuốc kháng sinh là loại thuốc được kê đơn thường xuyên nhất đối với các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính và tiêu chảy cấp tính. Theo khuyến cáo của WHO kháng sinh được dùng để điều trị cho tất cả các trường hợp viêm phổi ở trẻ em. Tuy nhiên, các nghiên cứu ở nhiều quốc gia đã báo cáo rằng nhân viên y tế không tuân thủ các hướng dẫn của IMCI trong

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền
Email: huyenhdr152@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025
Ngày duyệt bài: 27.11.2025

chẩn đoán bệnh và kê đơn thuốc kháng sinh. Ở Việt Nam nói chung cũng như Hải Dương nói riêng, điều trị viêm phổi ở trẻ em vẫn theo Hướng dẫn của Bộ Y tế. Nhằm đánh giá thực tế tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Nghiên cứu tình hình kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi đã được chẩn đoán viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: Từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi.
- Bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi các mức theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thường gặp ở trẻ em của Bộ Y tế
- Người nhà trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ bị viêm phổi thứ phát sau: dị vật đường thở, đuối nước, sặc...
- Viêm phổi bệnh viện (trẻ bị viêm phổi sau 48h nằm viện)
- Người nhà trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo kiểu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện nghiêm túc do tác giả và các thành viên thực hiện thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

- Các đối tượng nghiên cứu được thông báo trước cho người nhà về mục đích và nội dung nghiên cứu, bảo đảm có sự cam kết, tự nguyện của gia đình đối tượng nghiên cứu.

- Bảo đảm giữ bí mật thông tin cá nhân của bệnh nhi và các thông tin trong hồ sơ nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích đề ra những biện pháp phục vụ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

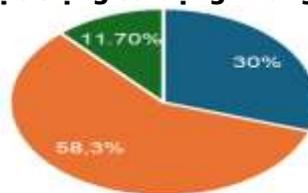
Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Số trẻ	Tỉ lệ %
-------------------	--------	---------

2 – 12	73	60,83%
13 – 24	34	28,33%
25 - 59	13	10,84%
Tuổi trung bình	12,8 ± 11,6	
Giới		
Nam	77	64,17%
Nữ	43	35,83%

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ mắc viêm phổi cao nhất ở lứa tuổi 2-12th tuổi, chiếm 60,83%, sau đó đến nhóm tuổi 13-24th chiếm 28,33%, trên 2 tuổi chiếm ít nhất. Tỉ lệ trẻ nam : nữ mắc viêm phổi là 1,8:1.

3.2. Thực trạng sử dụng kháng sinh



• chưa điều trị KS • đã điều trị KS • không rõ

Biểu đồ 3.1. Phân bố tình hình sử dụng kháng sinh trước khi vào viện

Nhận xét: 58,3% trẻ đã được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện (tự điều trị tại nhà hoặc phòng khám tư), chỉ có 11,7% chưa được điều trị và 30% bố mẹ không rõ.

Bảng 3.2. Nhóm kháng sinh được điều trị ban đầu tại bệnh viện

Nhóm kháng sinh	Tên kháng sinh	Số BN	Tỉ lệ %
β-lactam	Ampicillin/Sulbactam	98	81,67
	Cefotaxim	22	18,33
Macrolid	Clarithromycin	75	62,5
Aminoglycoside	Amikacin	29	24,17
	Gentamycin	12	10

Nhận xét: 100% nhóm kháng sinh β-lactam được điều trị ban đầu, sau đó đến nhóm macrolid là 62,5%, nhóm aminoglycoside là 34,17%.

Bảng 3.3. Cách sử dụng kháng sinh tại bệnh viện

SD kháng sinh (KS)	Số BN	Tỉ lệ %
1 loại kháng sinh	73	60,83
2 loại KS	39	32,5
>2 loại KS	8	6,67
thay KS 1 lần	12	10
thay KS ≥2 lần	3	2,5

Nhận xét: - 60,83% trẻ được điều trị 1 loại kháng sinh, 32,5% trẻ được điều trị phối hợp 2 kháng sinh, 6,67% trẻ được điều trị trên 2 loại kháng sinh.

- 10% trẻ phải điều trị thay thế kháng sinh 1 lần, chỉ 2,5% trẻ phải thay kháng sinh trên 2 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới. Viêm phổi là bệnh gặp chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi, tuổi càng nhỏ thì mức độ bệnh càng nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 60,83% viêm phổi do vi khuẩn ở lứa tuổi từ 2 tháng đến dưới 12 tháng. Đây cũng là nhóm tuổi phải vào viện điều trị cao nhất, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Đào Minh Tuấn về các yếu tố nguy cơ trong viêm phổi nặng và rất nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ nam so với nữ là 1,8:1. Theo Cristian M.C và cộng sự cho rằng có liên quan đến gen điều hòa miễn dịch nhiễm sắc thể X (X-link), ở nữ có gấp đôi số gen này, vì vậy khả năng điều hòa miễn dịch cao hơn nam [4]. Trong nghiên cứu khác các tác giả nhận thấy cùng lứa tuổi, phổi của nữ trưởng thành hơn nam giới, vì vậy tỉ lệ trẻ nữ bị viêm phổi ít hơn so với trẻ nam.

4.2. Thực trạng sử dụng kháng sinh.

Trong 120 bệnh nhân có 58,3% trường hợp sử dụng kháng sinh trước nhập viện, chủ yếu từ nguồn tự mua, 1 vài trường hợp khám ở bệnh viện tuyến dưới hoặc phòng khám tư nhân. Việc tự ý sử dụng kháng sinh, hoặc tự mua ở các nhà thuốc mà không được bác sĩ kê đơn làm cho tình trạng kháng kháng sinh càng trở nên trầm trọng. Thêm nữa, người nhà bệnh nhân không nắm được tên thuốc đã dùng cho con, khiến các y bác sĩ khó lựa chọn kháng sinh phù hợp, có thể dẫn đến thời gian điều trị kéo dài. Với những bệnh nhi đã được sử dụng kháng sinh trước khi vào viện, bác sĩ điều trị cần cân nhắc kĩ trước khi đưa ra phác đồ kháng sinh phù hợp. Cần giáo dục truyền thông cho người nhà bệnh nhân hiểu được tác hại của việc dùng kháng sinh không hợp lý. Việc kiểm soát chặt chẽ quy chế kê đơn bán thuốc theo nhân viên y tế giúp giảm tình trạng kháng kháng sinh đáng kể.

Theo kết quả NC của chúng tôi, nhóm thuốc β -lactam chiếm tỉ lệ cao nhất 100% được sử dụng ban đầu cho các bệnh nhân, kết quả này giống Nguyễn Thành Hải (2022) tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Bùi Tùng Hiệp (2016) tại Bệnh viện đa khoa khu vực Hồng Ngự [5,6]. Sau đó là kháng sinh nhóm macrolid chiếm tỉ lệ 62,5% và nhóm aminoglycoside chiếm 34,17%.

Đơn trị liệu kháng sinh chiếm 60,83% trong vòng 48-72 giờ đầu tại bệnh viện. Ở những đối tượng không bệnh sử, không bệnh kèm hoặc không dùng kháng sinh trước đó, hay đã xác định được tác nhân gây bệnh, đơn trị vẫn là liệu pháp ưu tiên. Liệu pháp phối hợp chỉ đạt hiệu quả tốt hơn trong các trường hợp viêm

phổi cộng đồng nặng hoặc đã điều trị bằng kháng sinh khoảng 3 tháng trước đó. Sử dụng phối hợp kháng sinh không phải lúc nào cũng đem lại hiệu quả và độ an toàn vượt trội, do đó, các bác sĩ cần nhắc đặc điểm của bệnh nhi và tình trạng bệnh trước khi sử dụng liệu pháp phối hợp. Nhóm β -lactam được sử dụng với tần suất rất cao (92,6%) với hai phân nhóm là penicilin và cephalosporin. Trong nhóm này, amoxicilin là hoạt chất được chỉ định nhiều nhất (81,67%), tiếp đến là cefotaxim. Các khuyến cáo trong nước cũng như trên thế giới đều cho thấy amoxicilin là kháng sinh được lựa chọn đầu tay cho các trường hợp viêm phổi dưới 5 tuổi [1], [3]. Tỷ lệ nhóm macrolid và aminoglycoside sử dụng ở bệnh viện thấp hơn, nhóm quinolon không có bệnh nhân được sử dụng. Nhìn chung, hai nhóm kháng sinh này không phải là khuyến cáo đầu tay của các hướng dẫn điều trị hiện nay ở cả trong và ngoài nước. Các kháng sinh macrolid chỉ nên được sử dụng trong trường hợp viêm phổi không điển hình gây ra hoặc nghi ngờ gây ra bởi *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* [1], [3]. Đối với các trường hợp được chỉ định nhiều nhóm kháng sinh, phối hợp 2 nhóm kháng sinh (β -lactam và macrolid, hoặc β -lactam và aminoglycoside) chiếm tỷ lệ 32,5%. Mặc dù nhiều nghiên cứu trước đó cho thấy phối hợp này có ưu điểm làm giảm tỷ lệ thất bại trong điều trị và làm ngắn hơn thời gian nằm viện ở trẻ lớn từ 6-18 và người trưởng thành [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu mới đây của Williams và cộng (2017) nhận thấy phối hợp β -lactam và macrolid không mang lại lợi ích lâm sàng so với liệu pháp đơn trị β -lactam ở trẻ em dưới 5 tuổi nhập viện do VPCĐ [8]. Mặc dù phối hợp này được khuyến cáo chỉ nên dùng trong trường hợp viêm phổi nặng hoặc các trường hợp trẻ sơ sinh dưới 3 tháng tuổi [1], tuy nhiên số bệnh nhi viêm phổi nặng trong nghiên cứu ít và kết quả cho thấy việc kết hợp betalactam và aminosid khá phổ biến ở trường hợp viêm phổi nhẹ. Vì vậy, cần khuyến cáo bác sĩ cân nhắc chọn phối hợp này dựa trên độ tuổi của bệnh nhi, tác nhân gây bệnh và mức độ viêm phổi.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $12,8 \pm 11,6$ tháng. Nhóm tuổi 2 – 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 60,83%, tỉ lệ trẻ nam so với nữ là 1,8:1.

- 58,3% trẻ đã được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện (tự điều trị tại nhà hoặc phòng khám tư), chỉ có 11,7% chưa được điều trị và 30% bố mẹ không rõ.

- 100% nhóm kháng sinh β -lactam được điều trị ban đầu, sau đó đến nhóm macrolid là 62,5%, nhóm aminoglycoside là 34,17%.

- 60,83% trẻ được điều trị 1 loại kháng sinh, 32,5% trẻ được điều trị phối hợp 2 kháng sinh, 6,67% trẻ được điều trị trên 2 loại kháng sinh. 10% trẻ phải điều trị thay thế kháng sinh 1 lần, chỉ 2,5% trẻ phải thay kháng sinh trên 2 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF Committing to Child Survival: A Promise Renewed-Progress Report 2014** New York, NY United Nations Children's Fund 2015
2. **Walker CLF, Rudan I, Liu L** (2013). Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea Lancet 2013.
3. **Nguyễn Văn Lộc** (2007). Tìm hiểu mô hình bệnh tật trẻ em giai đoạn 1995-2004 tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Hội thảo một số tiến bộ mới trong bệnh lý hô hấp trẻ em. Tr:13-17.
4. **Chris Troeger, Mohamad Forouzanfar, Rao P.C, et al.** (2017), "Estimates of global, regional,

and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", Lancet Infect Disease 17, 909-948

5. **Nguyễn Thành Hải và cộng sự** (2022). Thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. Tập 18 – số đặc biệt số 10(2023).
6. **Bùi Tùng Hiệp và cộng sự** (2016). Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa khu vực Hồng Ngự. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 408 – tháng 8(2018)
7. **Senn N, Rarau P, Salib M.** Use of antibiotics within the IMCI guidelines in outpatient settings in Papua New Guinean children: an observational and effectiveness study. PLoS One 2014.
8. **Biswas M, Roy D, Tajmim A.** Prescription antibiotics for outpatients in Bangladesh: a cross-sectional health survey conducted in three cities. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2014.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ M2BPGI HUYẾT THANH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN

Bùi Thị Nhung^{1,2}, Huỳnh Hiếu Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gan siêu vi B (VGSVB) mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh cao, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, nồng độ M2BPGi huyết thanh tương quan chặt chẽ với mức độ xơ hóa gan và có liên quan đến nhiều yếu tố khác. Tuy nhiên, dữ liệu tại Việt Nam về nồng độ M2BPGi còn rất khan hiếm. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ M2BPGi huyết thanh và một số yếu tố liên quan với nồng độ M2BPGi huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 43 bệnh nhân đến khám và điều trị VGSVB mạn tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai từ tháng 05 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ gần tương đương, độ tuổi trung bình là $48,21 \pm 10,38$. Gần một phần tư bệnh nhân có người thân mắc viêm gan siêu vi B và 9,3% người thân mắc xơ gan hay ung thư gan nguyên phát. Bệnh nền thường gặp nhất là tăng huyết áp, chiếm 16,3%. Khoảng hai phần ba bệnh nhân có giai đoạn xơ hoá thuộc nhóm F2, còn lại thuộc nhóm F0 và F1. Tỷ lệ M2BPGi dương tính chiếm khoảng một phần ba, trong đó 27,9% dương tính 1+ và còn lại là

dương tính 2+. Nồng độ M2BPGi trung vị ghi nhận là 0,82 COI. Nồng độ M2BPGi có xu hướng tăng cao nhất ở nhóm tuổi > 60. Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ M2BPGi với phần độ xơ hóa gan từ F0 đến F2 ($r = 0,331, p = 0,03$). Đồng thời, nhóm M2BPGi dương tính có liên quan đến tăng tỷ lệ phân nhóm xơ hóa gan nặng hơn với OR = 5,6 (KTC 95%: 1,06-29,59; $p=0,031$). **Kết luận:** Nồng độ M2BPGi đạt mức dương tính khoảng một phần ba bệnh nhân VGSVB mạn. Có mối liên quan giữa nồng độ M2BPGi với nhóm tuổi và mức độ xơ hóa gan.

Từ khóa: M2BPGi, nồng độ, mối liên quan, xơ hóa gan, viêm gan siêu vi B (VGSVB).

SUMMARY

SERUM M2BPGI LEVELS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B

Background: Chronic hepatitis B (CHB) remains a major global health concern with a high prevalence, particularly in developing countries. Recent studies have demonstrated that serum Mac-2 binding protein glycosylation isomer (M2BPGi) levels are closely correlated with the degree of liver fibrosis and associated with several clinical factors. However, data from Vietnam remain limited. **Objective:** To investigate serum M2BPGi levels and explore factors associated with serum M2BPGi in patients with chronic hepatitis B. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive and analytical study was conducted on 43 patients diagnosed with CHB who attended Thong Nhat Dong Nai General Hospital from May 2025 to September 2025. **Results:** The male-to-

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Hiếu Tâm

Email: hhtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025