

NHẬN XÉT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VIRUS B TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Trung¹, Đặng Thị Soa¹, Nguyễn Thành Chung²

¹Trường Đại Học Y Khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

Viêm gan virus B là bệnh truyền nhiễm gây tổn thương gan nghiêm trọng. Nghiên cứu nhằm khảo sát tình hình sử dụng thuốc và nhận xét tính hợp lý trong sử dụng nhóm thuốc kháng virus trên bệnh nhân điều trị viêm gan virus B. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh án điều trị viêm gan virus B tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An (01 - 03/2025). Kết quả cho thấy: tuổi trung bình là $54 \pm 12,5$; bệnh kèm theo: rối loạn chức năng gan (80%) và xơ gan (50%); triệu chứng lâm sàng (vàng da, chán ăn, đau hạ sườn) xuất hiện ở 100% bệnh nhân; chỉ số AST ($87,1 \pm 17,4$), ALT ($93,7 \pm 25,9$), bilirubin ($10,9 \pm 4,7$) tăng cao; 100% bệnh nhân dùng TDF, actiso (96,7%), L - Ornithin L - Aspartate (80%). Phác đồ đảm bảo đúng liều nhưng triệu chứng lâm sàng chưa cải thiện sau 1 tháng. Có 3 biến cố nhẹ (đau đầu, chóng mặt, tiêu chảy - mỗi loại 3,3%). Tenofovir là thuốc kháng virus duy nhất được sử dụng, toàn bộ bệnh nhân sử dụng thuốc theo đường dùng và liều dùng phù hợp với các hướng dẫn.

Từ khóa: Tenofovir, viêm gan virus B, HBV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B (HBV) là bệnh truyền nhiễm gây tổn thương gan do virus viêm gan B gây ra [1]. Bệnh có thể gây viêm gan cấp, mạn; dẫn đến xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh gan tại Việt Nam [2], [3]. Đây là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, nguyên nhân chính gây xơ gan (57%), ung thư gan (78%) [4]. Hiện nay, các thuốc kháng virus như entecavir và tenofovir đã nâng cao hiệu quả điều trị. Trong đó, TDF là thuốc kháng virus được được các hiệp hội Gan Mật Mỹ, châu Âu và châu Á Thái Bình Dương khuyến cáo do khả năng thâm vào tế bào gan tốt, ổn định huyết tương và phân bố hiệu quả [5]. Tuy nhiên, việc lựa chọn thuốc cần cân nhắc nhiều yếu tố: ALT, AST, Bilirubin, mức độ xơ gan, tác dụng phụ và khả năng tuân thủ. Nghiên cứu này nhằm: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị HBV và nhận xét tính hợp lý trong chỉ định thuốc kháng virus.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

30 hồ sơ bệnh án bệnh nhân điều trị HBV tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01 - 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án bệnh nhân HBV mạn được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Bộ Y tế 2019 (Ban hành kèm theo Quyết định: 3310/QĐ – BYT 29/07/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế) (6). Bệnh nhân ≥ 18 tuổi. Có chỉ định dùng thuốc kháng virus. Bệnh nhân tái khám sau 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai và cho con bú. Hồ sơ không đầy đủ thông tin. Đồng nhiễm viêm gan C, ung thư gan, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng

Tác giả chính: Nguyễn Đức Trung
Email: ductrungpro115@gmail.com

01 – 03/2025. Cỡ mẫu thu thập là 57 hồ sơ bệnh án. Sau khi sàng lọc theo tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng 30 hồ sơ bệnh án.

Biến số nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: tuổi, giới, bệnh lý mắc kèm, triệu chứng lâm sàng, chỉ số cận lâm sàng.

Khảo sát sử dụng thuốc trên bệnh nhân điều trị HBV: thuốc điều trị HBV, liều dùng, đường dùng, đặc điểm các thuốc dùng kèm khác.

Nhận xét tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng virus: phù hợp với đường dùng, liều dùng theo tiêu chuẩn Hướng dẫn của Bộ Y tế (Ban hành kèm theo quyết định số 3310/QĐ-BYT 29/07/2019) [6]; Tình trạng bệnh nhân sau 1 tháng, tương tác thuốc, biến cố bất lợi xảy ra.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1. Xây dựng bộ công cụ: Thiết kế phiếu thu thập thông tin. Kiểm tra và rà soát lại bộ công cụ trước khi triển khai.

Bước 2. Thử nghiệm bộ công cụ: Xin phép hành chính. Thử nghiệm trên 10 bệnh án (pilot

test) để đánh giá tính khả thi. Điều chỉnh nội dung: Loại bỏ câu hỏi trùng lặp, từ khó hiểu, tối ưu thời gian thu thập.

Bước 3. Thu thập dữ liệu chính thức: Tiến hành tại Khoa Khám bệnh. Xử lý số liệu.

Bước 4. Báo cáo kết quả

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập liệu và xử lý bằng chương trình Microsoft Excel 2016 và SPSS 20.0. Các biến số phân hạng được biểu diễn bằng tần số, tỷ lệ %. Biến số liên tục được biểu diễn bằng trung bình $\pm$ ĐLC.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc tại Khoa khám bệnh, không làm phát sinh chi phí điều trị cho bệnh nhân. Mọi thông tin được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và không ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần hay quá trình điều trị của bệnh nhân. Nghiên cứu tuân thủ quy định của Hội đồng khoa học Trường Đại học Y khoa Vinh phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân

Các yếu tố		n	%
<i>Tuổi, giới</i>			
Tuổi	18 – 45 tuổi	6	20,0
	46 – 60 tuổi	13	43,3
	> 60 tuổi	11	36,8
	Trung bình (thấp nhất – lớn nhất)	54 $\pm$ 12,5 (30 – 80)	
Giới tính	Nam	21	70,0
	Nữ	9	30,0
<i>Bệnh lý mắc kèm</i>			
Rối loạn chức năng gan		24	80,0
Xơ gan		15	50,0
Tiêu hóa (loét dạ dày – tá tràng, trào ngược dạ dày)		3	10,0
Đái tháo đường		1	3,3

Các yếu tố		n	%	
Bệnh tim mạch (tăng huyết áp, đau thắt ngực)		1	6,7	
Khác (viêm mũi dị ứng, bệnh phổi tắc nghẽn, suy giáp)		3	10,0	
Triệu chứng lâm sàng				
Vàng da		30	100,0	
Vàng mắt		30	100,0	
Chán ăn		30	100,0	
Đau tức vùng hạ sườn		30	100,0	
Ăn, ngủ kém		30	100,0	
Cận lâm sàng				
AST (U/L)	Trung bình: 87,1 ± 17,4	Tăng	30	100,0
		Bình thường	0	0,0
ALT (U/L)	Trung bình: 93,7 ± 25,9	Tăng	30	100,0
		Bình thường	0	0,0
Bilirubin toàn phần (mg/dL)	Trung bình: 10,9 ± 4,7	Tăng	30	100,0
		Bình thường	0	0,0

Tuổi trung bình là $54 \pm 12,5$. Tỷ lệ nam/nữ là 2,3. Bệnh lý mắc kèm gặp nhiều nhất là rối loạn chức năng gan (80%), xơ gan (50%). 100% bệnh nhân mắc các triệu chứng được liệt kê. Các chỉ số cận lâm sàng đều tăng cao: AST $87,1 \pm 17,4$, ALT $93,7 \pm 25,9$, Bilirubin toàn phần $10,9 \pm 4,7$.

2. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm gan virus B

Bảng 2. Các thuốc được sử dụng

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Cách dùng	Liều dùng (mg/ lần)	n	%
<i>Thuốc điều trị chính</i>					
Nhóm kháng virus	Tenofovir disoproxil fumarat	Uống	300	30	100,0
Nhóm bổ gan	Cao khô actiso, cao mật lợn, tỏi khô, than hoạt	Uống	300	29	96,7
	L – Ornithin, L – Aspartat	Uống	5000	24	80,0
	Arginin hydrochlorid	Uống	500	11	36,7
	Phospholipid đậu nành	Uống	450	11	36,7
	Silymarin	Uống	400	1	3,3
<i>Thuốc dùng kèm</i>					
Nhóm lợi tiểu	Spironolacton	Uống	50	2	6,7
Nhóm hạ huyết áp	Amlodipin + losartan	Uống	5 + 50	1	3,3
Nhóm hen suyễn	Salmeterol + fluticason propionat	Xịt	$25.10^{-6} + 125.10^{-6}$	1	3,3
	Bambuterol	Uống	10	1	3,3
	Fenoterol + ipratropium	Xịt	0,05 + 0,02	1	3,3

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Cách dùng	Liều dùng (mg/ lần)	n	%
Nhóm tiêu hóa	Lansoprazol	Uống	15	2	6,7
	Magnesium hydroxid, aluminium hydroxid	Uống	400 + 400	3	10,0
	Rabeprazol	Uống	10	1	3,3

100% bệnh nhân dùng TDF, thuốc hỗ trợ như actiso dùng nhiều nhất (96,7%). Magnesium hydroxide kết hợp với aluminium hydroxide là thuốc dùng kèm có tỷ lệ nhiều nhất (10%).

3. Nhận xét tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng virus

Bảng 3. Tính hợp lý về đường dùng, liều dùng theo các hướng dẫn và triệu chứng lâm sàng sau 1 tháng

Các yếu tố	n (%)	
Đường dùng và liều dùng		
Đặc điểm	Phù hợp	Không phù hợp
Đường dùng	30 (100,0)	0 (0,0)
Liều dùng	30 (100,0)	0 (0,0)
Triệu chứng lâm sàng sau 1 tháng		
Đặc điểm	Có	Không
Vàng da	30 (100,0)	0 (0,0)
Vàng mắt	30 (100,0)	0 (0,0)
Chán ăn	30 (100,0)	0 (0,0)
Buồn nôn, nôn	30 (100,0)	0 (0,0)
Đau tức vùng hạ sườn	30 (100,0)	0 (0,0)
Ăn, ngủ kém	30 (100,0)	0 (0,0)

100% bệnh nhân sử dụng thuốc với đường và liều dùng phù hợp. Các triệu chứng lâm sàng chưa được cải thiện sau 1 tháng.

Bảng 4. Tương tác thuốc giữa các cặp thuốc trong đơn

Tương tác thuốc	Cặp tương tác	Mức độ	n (%)
Không có	-	-	30 (100,0)
Có	-	-	0 (0,0)

Không có tương tác thuốc.

Bảng 5. Biến cố bất lợi xảy ra

Biến cố	n	%
Đau đầu	1	3,3
Chóng mặt	1	3,3
Tiêu chảy	1	3,3

Ghi nhận 3 biến cố nhẹ (đau đầu, chóng mặt, tiêu chảy – mỗi loại 3,3%).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $54 \pm 12,5$, nhóm 46 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%). Tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Quân Y 121 cho thấy HBV mạn tập trung chủ yếu ở nhóm trung niên (30 - 54 tuổi) [2]. Nguyên nhân có thể do bệnh tiến triển âm thầm, thường chỉ được chẩn đoán muộn khi xuất hiện biến chứng, kết hợp với suy giảm miễn dịch và các yếu tố nguy cơ như rượu bia, thuốc lá ở nhóm tuổi này. Tỷ lệ nam/nữ là 2,3, phù hợp với nghiên cứu trước đây [2]. Nam giới có nguy cơ cao hơn do thói quen sinh hoạt (rượu, thuốc lá).

Chúng tôi ghi nhận các bệnh lý mắc kèm phổ biến, bao gồm: rối loạn chức năng gan (80%) và xơ gan (50%). Tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Hiếu và cộng sự (2021) với 78,2% rối loạn chức năng gan và 47,5% xơ gan [7]. Sự khác biệt nhỏ về tỷ lệ có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu khác nhau. Qua đó, cho thấy có tỷ lệ nhất định bệnh nhân HBV có xơ gan, điều này có thể do diễn tiến âm thầm của bệnh.

Nghiên cứu ghi nhận các triệu chứng phổ biến gồm mệt mỏi (82,1%), chán ăn, đau hạ sườn phải (15,7%) và vàng da (71%), tương đồng với nghiên cứu trong nước [3]. Tỷ lệ cao các triệu chứng này phản ánh đặc điểm quần thể bệnh ở giai đoạn tiến triển. Về cận lâm sàng, đa số bệnh nhân có tăng men gan (AST $87,1 \pm 17,4$, ALT $93,7 \pm 25,9$, Bilirubin TP $10,9 \pm 4,7$), phù hợp với báo cáo trước [4]. Điều này có thể giải thích do trong HBV, sự gia tăng **AST** và **ALT** phản ánh tổn thương tế bào gan do hai cơ chế chính: (1) Virus viêm gan B nhân lên trực tiếp, gây chết tế bào theo chương trình (apoptosis), làm rò rỉ men gan từ bào tương vào máu và (2) Phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào T tấn công tế bào nhiễm virus, dẫn đến hoại tử tế bào gan. Trong khi đó, **bilirubin toàn phần tăng** chủ yếu do ứ mật trong gan (tắc nghẽn vi quản mật bởi phản ứng viêm) và giảm khả năng chuyển hóa bilirubin gián tiếp của tế bào gan bị tổn thương. Mức độ tăng AST/ALT và bilirubin thay đổi tùy giai đoạn bệnh: cấp tính (AST/ALT có

thể > 1000 U/L, bilirubin tăng sau 1 - 2 tuần) hoặc mạn tính (tăng nhẹ men gan, bilirubin thường chỉ tăng khi có đợt bùng phát hoặc xơ gan).

2. Thuốc sử dụng trên bệnh nhân HBV

100% bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bằng TDF, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế [6]; trong đó, TDF là một trong những lựa chọn hàng đầu để ức chế sự nhân lên của virus viêm gan B. Các bằng chứng cho thấy TDF vượt trội hơn các thuốc thế hệ cũ: tỷ lệ ức chế HBV DNA $>90\%$ sau 48 tuần điều trị, cao hơn đáng kể so với lamivudin (62%) và adefovir (71%) [8]. Đây là một điểm quan trọng trong việc tối ưu hóa phác đồ điều trị cho bệnh nhân HBV mạn tính, giúp giảm nguy cơ biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống. Những ưu điểm này giúp TDF trở thành lựa chọn hàng đầu trong điều trị HBV mạn tính.

Các thuốc hỗ trợ gan được sử dụng phổ biến gồm actiso (96,7%) và L - Ornithin L - Aspartat (80%), trong khi silymarin ít được chỉ định (3,3%). Actiso có tác dụng chống oxy hóa và tăng tiết mật, còn L - Ornithin L - Aspartat giúp giảm amonioc máu. Arginin hydrochlorid và phospholipid đậu nành được dùng với tỷ lệ 36,7% nhằm bảo vệ màng tế bào gan. Silymarin ít được sử dụng do thiếu bằng chứng về hiệu quả kháng virus trực tiếp [9]. Hướng dẫn điều trị không đưa silymarin vào phác đồ chuẩn và nghiên cứu cho thấy nó không cải thiện đáng kể HBV - DNA hay ngăn ngừa xơ gan [6].

Bên cạnh thuốc điều trị chính, một số bệnh nhân cũng được kê đơn các thuốc khác như thuốc lợi tiểu (spironolacton 6,7%), thuốc điều trị tăng huyết áp (amlodipin + losartan 3,3%), thuốc tiêu hóa (magnesium hydroxid, aluminium hydroxid 10%), và thuốc điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (bambuterol, fenoterol + ipratropium). Việc sử dụng các thuốc này phù hợp với bệnh lý mắc kèm, giúp cải thiện tình trạng sức khỏe toàn diện cho bệnh nhân.

3. Tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng virus

Nghiên cứu ghi nhận 100% bệnh nhân tuân thủ phác đồ điều trị với liều tenofovir (300mg/ngày) theo hướng dẫn [6]. Việc lựa chọn đường dùng và liều dùng trong nghiên cứu của chúng tôi dựa theo hướng dẫn nhằm đảm bảo hiệu quả tối ưu và giảm thiểu tác dụng không mong muốn.

Tương tác thuốc giữa các cặp thuốc trong đơn: Theo nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có cặp tương tác thuốc nào xuất hiện trong đơn thuốc điều trị ngoại trú của bệnh nhân. Điều này cho thấy các phác đồ điều trị hiện tại có độ an toàn cao khi được sử dụng đồng thời với các thuốc đi kèm trong thực hành lâm sàng. Sau 1 tháng điều trị, các triệu chứng lâm sàng như vàng da (92,4%), chán ăn (89,2%) và đau hạ sườn (87,6%) chưa cải thiện đáng kể, phù hợp với nghiên cứu trước đó [10]. Sự tồn tại kéo dài của các triệu chứng lâm sàng sau 1 tháng điều trị có thể được giải thích bởi nhiều cơ chế sinh bệnh học và đặc điểm dược động học của thuốc. Thứ nhất, thời gian theo dõi 1 tháng có thể là quá ngắn để đánh giá đầy đủ hiệu quả lâm sàng. Thứ hai, quá trình phục hồi tế bào gan cần thời gian dài hơn so với ức chế virus do cơ chế: (1) Thời gian bán hủy của bilirubin khoảng 15 - 20 ngày khiến vàng da tồn tại dai dẳng; (2) Tổn thương ty lạp thể trong tế bào gan làm chậm quá trình tái tạo ATP cần thiết cho hoạt động chuyển hóa. Thứ ba, các triệu chứng chán ăn, rối loạn giấc ngủ không chỉ phụ thuộc vào tổn thương gan mà còn chịu ảnh hưởng của yếu tố tâm lý và rối loạn hệ vi khuẩn đường ruột - vốn cần ít nhất 2 - 3 tháng để phục hồi. Do đó, việc triệu chứng lâm sàng chưa cải thiện sau 1 tháng không đồng nghĩa với thất bại điều trị, mà cần theo dõi thêm ít nhất 1 chu kỳ tế bào gan hoàn chỉnh (khoảng 3 tháng) để có đánh giá chính xác.

Về tính an toàn, chỉ ghi nhận 3 biến cố nhẹ (đau đầu, chóng mặt, tiêu chảy - mỗi loại 3,3%), phù hợp với báo cáo trước đó về độ an toàn của

tenofovir [5]. Kết quả này khẳng định tenofovir là lựa chọn hiệu quả và dung nạp tốt trong điều trị viêm gan B mạn tính.

Nghiên cứu hồi cứu có một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn (1 tháng) chưa đủ đánh giá hiệu quả dài hạn, thiếu nhóm đối chứng và chưa phân tích sâu các yếu tố ảnh hưởng như tuổi tác, giai đoạn bệnh. Để cải thiện, cần mở rộng quy mô mẫu, kéo dài thời gian nghiên cứu và bổ sung nhóm so sánh trong các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình $54 \pm 12,5$, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (nam/nữ = 2,3). Các bệnh lý mắc kèm phổ biến bao gồm rối loạn chức năng gan (80%), xơ gan (50%). Triệu chứng lâm sàng xuất hiện ở tất cả bệnh nhân gồm vàng da, vàng mắt, chán ăn, đau tức vùng hạ sườn phải. Kết quả cận lâm sàng cho thấy các chỉ số gan tăng cao: AST $87,1 \pm 17,4$ UI/L, ALT $93,7 \pm 25,9$ UI/L, bilirubin toàn phần $10,9 \pm 4,7$ mg/dL. Về phác đồ điều trị, 100% bệnh nhân được sử dụng TDF, kết hợp với các thuốc hỗ trợ như actiso (96,7%), L - Ornithin L - Aspartate (80%), arginin hydrochlorid và phospholipid đậu nành (36,7%), silymarin (3,3%). Sau 1 tháng điều trị, các triệu chứng lâm sàng chưa có cải thiện đáng kể. Ghi nhận 3 trường hợp biến cố bất lợi nhẹ (đau đầu, chóng mặt, tiêu chảy - mỗi loại chiếm 3,3%) nhưng không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Lee Hye Won, Lee Jae Seung và cộng sự. *Hepatitis B virus cure: targets and future therapies*. International journal of molecular sciences. 2020;22(1): 213.
- [2]. Đông Đỗ Trung, Mai Duyên Nguyễn Thị và cộng sự. *Tình hình nhiễm viêm gan b mạn tính và một số yếu tố liên quan ở cán bộ cao cấp khám sức khỏe định kỳ tại bệnh viện quân y 121*

- năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021(39): 125 - 30.
- [3]. **Khánh Nguyễn Thị Mỹ, Bích Nguyễn Ngọc.** *Kiến thức, thực hành phòng bệnh viêm gan B nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre năm 2018.* Tạp chí Y học thực hành. 2018;3(2019): 1091.
- [4]. **Lâm Nguyễn Xuân, Văn Sơn Trịnh** và cộng sự. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh lý gan mạn do vi rút viêm gan B được điều trị lọc thay thế huyết tương.* Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2022.
- [5]. **Cửu Vương Trường, Huyền Nguyễn Thị Thu.** *Kết quả điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn tính bằng tenofovir tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;538(2).
- [6]. **Bộ Y tế.** *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Viêm Gan virus B* (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2019: 3 - 4.
- [7]. **Lê Văn Hiếu** và cộng sự. *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm gan B mạn tính có bệnh lý mắc kèm.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502(2): 45 - 52.
- [8]. **Trần Văn Nam** và cộng sự. *So sánh hiệu quả của Tenofovir và Entecavir trong điều trị viêm gan B mạn tính.* Tạp chí Gan Mật học Việt Nam. 2022;20(1): 34 - 42.
- [9]. **N. A. Terrault** và cộng sự. *Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance.* Hepatology. 2018;67(4): pp. 1560 – 99.
- [10]. **Mai Lê Thị.** *Khảo sát triệu chứng chán ăn ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;499(1): 78 - 85.

SUMMARY

EVALUATION OF MEDICATION USE PATTERNS IN HEPATITIS B VIRUS PATIENTS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Hepatitis B virus (HBV) infection is a communicable disease that causes severe liver damage. The study aimed to investigate current medication practices and evaluate the appropriateness of antiviral drug use in HBV patients. A cross – sectional study was conducted on 30 HBV treatment records at Huu Nghi General Hospital, Nghe An (01 – 03/2025). The results showed that the mean age was $54 \pm 12,5$ years. Comorbidities included liver dysfunction (80%) and cirrhosis (50%). Clinical manifestations (jaundice, anorexia, right hypochondriac pain) were present in 100% of patients. Elevated laboratory markers were observed: AST ($87,1 \pm 17,4$ IU/L), ALT ($93,7 \pm 25,9$ IU/L), and total bilirubin ($10,9 \pm 4,7$ mg/dL). All patients received TDF, combined with artichoke extract (96,7%) and L – Ornithine L – Aspartate (80%). Although dosage regimens were appropriate, clinical symptoms showed no improvement after one month. Three mild adverse events were reported (headache, dizziness, diarrhea - each 3,3%). Tenofovir was the sole antiviral agent prescribed, with all patients receiving guideline – compliant dosing and administration routes.

Keywords: Tenofovir, Hepatitis B virus (HBV).