

V12M và nồng độ axit uric máu ở người Việt Nam trưởng thành. Cần tiến hành các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, mở rộng phạm vi nghiên cứu để khảo sát ảnh hưởng của biến thể ABCG2 V12M đến nồng độ axit uric máu trên dân số Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benn CL, Dua P, Gurrell R, et al.** Physiology of Hyperuricemia and Urate-Lowering Treatments. *Front. Med.* 2018;5:160. doi:10.3389/fmed.2018.00160
2. **Reginato AM, Mount DB, Yang I, et al.** The genetics of hyperuricaemia and gout. *Nat Rev Rheumatol.* 2012;8(10):610-621. doi:10.1038/nrrheum.2012.144
3. **Son C-N, Bang S-Y, Kim S-H, et al.** ABCG2 Polymorphism Is Associated with Hyperuricemia in a Study of a Community-Based Korean Cohort. *J Korean Med Sci.* 2017;32:1451-1459. doi:10.3346/jkms2017.32.9.1451
4. **Tu H-P, Ko AM-S, Chiang S-L, et al.** Joint

- effects of Alcohol Consumption and ABCG2 Q141K on Chronic Tophaceous Gout Risk. *J Rheumatol.* 2014;41(4):749-758. doi:10.3899/jrheum.130870
5. **Do MD, Pham DV, Le LP, et al.** Recurrent PROC and novel PROS1 mutations in Vietnamese patients diagnosed with idiopathic deep venous thrombosis. *International Journal of Laboratory Hematology.* 2021;43(2):266-272. doi:10.1111/ijlh.13345
 6. **Do MD, Mai TP, Do AD, et al.** Risk factors for cutaneous reactions to allopurinol in Kinh Vietnamese: results from a case-control study. *Arthritis Res Ther.* 2020;22:182. doi:10.1186/s13075-020-02273-1
 7. **Mai P-T, Le D-T, Nguyen T-T, et al.** Novel GDAP1 Mutation in a Vietnamese Family with Charcot-Marie-Tooth Disease. *BioMed Research International.* 2019;6. doi:10.1155/2019/7132494
 8. **Zhou D, Liu Y, Zhang X, et al.** Functional Polymorphisms of the ABCG2 Gene Are Associated with Gout Disease in the Chinese Han Male Population. *Int. J. Mol. Sci.* 2014;15(5):9149-9159. doi:10.3390/ijms15059149

ĐÁNH GIÁ CHI PHÍ – HIỆU QUẢ CỦA BRENTUXIMAB VEDOTIN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN U LYMPHO HODGKIN TÁI PHÁT/KHÁNG TRỊ BỆNH SAU GHÉP TẾ BÀO GỐC TỰ THÂN TẠI VIỆT NAM

Vũ Quỳnh Mai*, Nguyễn Minh Văn*, Hoàng Văn Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hàng năm tại Việt Nam có 651 ca mắc mới và 251 ca tử vong bởi u lympho Hodgkin, bệnh nhân phần lớn ở độ tuổi trẻ từ 35-45 tuổi với 90% ca là u lympho Hodgkin kinh điển (CHL). Hiện nay, brentuximab vedotin (BV) là một trong số rất ít liệu pháp được chỉ định cho những bệnh nhân CHL tái phát/tiến triển sau ghép ASCT và có hiệu quả về lâm sàng. Tuy nhiên, bằng chứng về chi phí – hiệu quả của BV tại Việt Nam còn hạn chế, do đó, nghiên cứu chi phí – hiệu quả cho thuốc này tại Việt Nam là cần thiết.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng mô hình sống còn phân vùng để ước tính chi phí và hiệu quả của điều trị sử dụng BV so với liệu pháp hóa trị truyền thống. Mô hình sử dụng các tham số đến từ các kết quả thử nghiệm lâm sàng đã công bố, những nguồn chi phí tại Việt Nam và tham vấn ý kiến chuyên gia. **Kết quả:** Tổng chi phí điều trị cho 01 bệnh nhân sử dụng BV là 399.975.378 đồng, gia tăng 1,33 năm sống thêm, tương ứng 0,32 năm sống chất lượng. Tỷ số chi phí tăng thêm trên số năm sống tăng thêm (ICER-LYs) là 225.505.267 đồng và Tỷ số chi phí tăng thêm trên số năm sống điều chỉnh theo chất lượng cuộc sống tăng thêm (ICER-QALYs) là 925.845.119

đồng. **Kết luận:** Khi so sánh với ngưỡng chi phí-hiệu quả là 3 lần GDP của Việt Nam, chỉ số ICER theo LYs đã tiệm cận với ngưỡng sẵn sàng chi trả, tuy nhiên chỉ số ICER theo QALY thì cao hơn rất nhiều so với ngưỡng này. BV là một can thiệp cứu vớt hiệu quả, giúp kéo dài thời gian sống của bệnh nhân CHL tiến triển/tái phát, tuy nhiên chi phí thuốc BV là rào cản lớn để bệnh nhân có thể tiếp cận và sử dụng thuốc BV. Việc BHYT xem xét đưa thuốc BV vào danh mục thanh toán sẽ giúp nâng cao công bằng sức khỏe cho người bệnh CHL tiến triển/tái phát sau ghép ASCT.

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS EVALUATION OF BRENTUXIMAB VEDOTIN IN TREATING CLASSICAL HODGKIN LYMPHOMA PATIENT RELAPSED/PROGRESSED POST AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANT

Background and Objectives: In Vietnam, annually, there are 651 new cases and 251 cases of mortality due to Hodgkin Lymphoma, with 90% of cases are classical Hodgkin Lymphoma. Currently, brentuximab vedotin (BV) is approved as a salvage treatment for those relapsing/progressing and clinical efficacy of BV has been proven in clinical trials. However, the accessibility is still limited due to the treatment expensive cost. Thus, an economic evaluation for Vietnamese context is necessary. **Methods:** Partitioned survival model was used in this study to stimulate cost and treatment benefits of using BV compared to traditional chemotherapies. The

*Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quỳnh Mai

Email: vqm@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

model utilized inputs from published clinical trial results, Vietnamese sources for cost inputs and verified with clinical opinions. **Results:** Base case analysis estimated that using BV will cost 399,975,378 VND per patient, increases 1.33 life years and 0.32 quality-adjusted life years. ICER ratios are 22,505,267/LY and 925,845,119/QALY. **Conclusions:** In comparison with traditional chemotherapies, using BV for CHL post-ASCT relapse/progress patients is not cost-effectiveness in Vietnam. However, as BV treatment cost is the biggest barrier for patients, Vietnamese Health Insurance should consider reimbursing BV to improve equality in healthcare accessibility for relapsed/progressed CHL patients.

Keyword: Classic Hodgkin lymphoma (U lympho Hodgkin kinh điển); Relapse/refractory (tái phát, kháng trị); brentuximab vedotin, cost-effectiveness (Chi phí – hiệu quả)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan năm 2020, hằng năm Việt Nam có 651 ca mới mắc u lympho Hodgkin và 251 ca tử vong. U lympho Hodgkin kinh điển (CHL) chiếm tới 90% số ca bệnh trên và thường phổ biến hơn ở nam giới, trong độ tuổi 35 tới 45 hoặc trên 55 tuổi. Ghép tế bào gốc tự thân (ASCT) thường được chỉ định cho bệnh nhân CHL đã thất bại với 2 liệu pháp điều trị trước đó. Tuy nhiên, hiện nay, chưa có hướng dẫn điều trị đối với những bệnh nhân CHL tái phát/kháng trị sau khi đã ghép ASCT¹. Trên thế giới, một số phương pháp điều trị tiếp theo có thể được lựa chọn như: hóa trị liệu liều cao, thực hiện ghép tế bào gốc lần hai, hoặc sử dụng các liệu pháp miễn dịch đặc hiệu như brentuximab vedotin (BV), liệu pháp kháng PD-1 như nivolumab, pembrolizumab, v.v...^{1,2}

Brentuximab vedotin (BV), một chất chống ung thư, được tạo thành từ một kháng thể đơn dòng liên kết với một chất tế bào nhằm mục đích tiêu diệt tế bào ung thư một cách có chọn lọc, dựa trên sự gắn kết của BV với các kháng nguyên CD30+, một dấu ấn sinh học của CHL. Chỉ định sử dụng BV trên những bệnh nhân tái phát/tiến triển bệnh sau ghép ASCT đã được phê duyệt tại một số quốc gia như Mỹ, Vương quốc Anh, Úc, v.v...

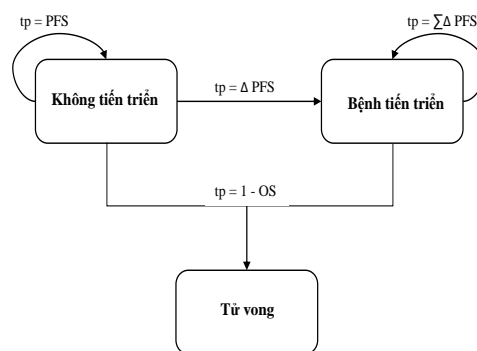
Kết quả từ các thử nghiệm lâm sàng cho thấy gần 3/4 số người được điều trị có đáp ứng tốt với BV, trong trung bình là 11,2 tháng³. Phác đồ điều trị BV đang được coi là một biện pháp cứu sống khi gia tăng tỉ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển đối với nhiều bệnh nhân CHL đã tái phát/tiến triển bệnh sau ghép ASCT³. Một nghiên cứu đánh giá chi phí – hiệu quả của BV trong điều trị bệnh nhân tái phát/tiến triển bệnh sau

ghép ASCT tại Việt Nam là cần thiết và cung cấp thêm những bằng chứng về chi phí – hiệu quả cho các nhà hoạch định chính sách.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đánh giá chi phí – hiệu quả được thực hiện dựa trên quan điểm của cơ quan chi trả bảo hiểm y tế (BHYT) tại Việt Nam. Các dữ liệu đầu vào về lâm sàng sử dụng trong phân tích được lấy từ các thử nghiệm lâm sàng đã công bố; thông tin về chi phí, các phác đồ hóa trị trong nhóm so sánh, tỷ lệ chỉ định và tần suất sử dụng các phác đồ so sánh và các thông tin dịch tễ của bệnh nhân CHL sẽ được điều chỉnh theo tình hình thực tế tại Việt Nam thông qua tham vấn 06 chuyên gia huyết học từ bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện K, Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương, kết hợp với tổng quan tài liệu trong nước và quốc tế. Chi phí điều trị được tính toán theo phương pháp từ dưới lên (micro-costing) dựa trên các dịch vụ và thuốc được sử dụng. Chi phí thuốc và hóa chất được tổng hợp và phân tích dựa trên giá thuốc trúng thầu công bố trên Cổng công khai y tế và đối chiếu với danh mục thanh toán thuốc của BHYT quy định tại Thông tư 30/2018/TT-BYT. Giá dịch vụ y tế thuộc phạm vi thanh toán của BHYT được sử dụng mức giá quy định tại Thông tư 13/2019/TT-BYT. Nghiên cứu được thực hiện với khung thời gian phân tích trọn đời và áp dụng tỉ lệ chiết khấu 3% mỗi năm cho chi phí và hiệu quả.

Mô hình nghiên cứu: Mô hình sống còn phân vùng (PSM) được sử dụng trong đánh giá chi phí - hiệu quả của việc sử dụng BV so với các phác đồ hóa trị cứu vớt hiện tại cho nhóm bệnh nhân là người lớn mắc CHL tiến triển/tái phát sau ghép ASCT:



Hình 2. Cấu trúc mô hình sống còn phân vùng PSM

Ghi chú: tp – transitional probability: xác suất chuyển tiếp. PFS – Progression Free

Survival: thời gian sống bệnh không tiến triển. OS - Overall Survival: thời gian sống toàn bộ, Δ PFS: chênh lệch tỉ lệ PFS giữa 2 chu kỳ; ΣΔ PFS: Cộng dồn chênh lệch tỉ lệ PFS của các chu kỳ trước đó.

Mô hình phân tích bao gồm ba trạng thái sức khỏe: Bệnh không tiến triển, Bệnh tiến triển hoặc Tử vong. Tại chu kỳ đầu tiên của mô hình, 100% bệnh nhân ở trạng thái sức khỏe "Không tiến triển". Tại mỗi chu kỳ, tỉ lệ bệnh nhân ở các trạng thái sức khỏe được tính như sau:

- Không tiến triển: Tỉ lệ sống bệnh không tiến triển (PFS) tại chu kỳ đó
- Bệnh tiến triển: Cộng dồn chênh lệch PFS giữa các chu kỳ liên tiếp.
- Tử vong: (1 - Tỉ lệ sống toàn bộ (OS)).

Ngoài ra, xác suất tiến triển bệnh tại mỗi chu kỳ được tính bằng chênh lệch giữa tỉ lệ PFS giữa hai chu kỳ liên tiếp, nhằm tính toán chi phí, thỏa dụng và số năm sống thêm. Mô hình PSM có chu kỳ 4 tuần trong toàn bộ thời gian phân tích. Xác suất tử vong theo bảng sống của người Việt Nam công bố bởi Tổ chức Y tế Thế giới được sử dụng sau khi kết thúc thời gian theo dõi.

Tham số về hiệu quả lâm sàng được sử dụng: Tham số về hiệu quả lâm sàng trong mô hình PSM bao gồm OS và PFS được tham khảo từ nghiên cứu hồi cứu cập nhật và so sánh không trực tiếp giữa BV và phác đồ hóa trị cứu vớt do Kaloyannidis và cộng sự thực hiện và xuất bản vào năm 2020. Trong đó, OS và PFS của nhóm can thiệp BV được lấy từ thử nghiệm SG035-003⁴ và AETHERA. Đối với nhóm so sánh, tham số OS và PFS được sử dụng từ đường

Kaplan–Meier tổng hợp và đề xuất bởi Kaloyannidis và cộng sự.

Chất lượng cuộc sống (CLCS) được ước tính theo đáp ứng thuốc của bệnh nhân, dựa trên tỷ lệ đáp ứng thuốc công bố tại thử nghiệm SG035-003⁴ cho nhóm BV và từ cơ sở dữ liệu của Hy Lạp năm 2012 cho nhóm so sánh.

Tham số về chất lượng cuộc sống (CLCS) được sử dụng: Do hạn chế về việc tiếp cận dữ liệu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân CHL tại Việt Nam, nhóm nghiên cứu sử dụng y văn quốc tế cập nhật về CLCS⁵. Chúng tôi lựa chọn bộ giá trị thỏa dụng trên quần thể bệnh nhân CHL tại Đà Loan trong phân tích nền: Đáp ứng toàn bộ: 0,60; Đáp ứng một phần: 0,57; Bệnh ổn định: 0,49 và Bệnh tiến triển: 0,23. Sự thay đổi về CLCS cũng như giảm thỏa dụng khi mắc biến cố bất lợi của bệnh nhân do điều trị cũng được ước tính.

Tham số chi phí sử dụng trong mô hình: Chúng tôi chỉ bao gồm chi phí trực tiếp cho y tế trong phân tích này.

Chi phí điều trị. Chi phí điều trị bao gồm chi phí của thuốc điều trị, thuốc dùng kèm và các dịch vụ y tế liên quan. Liệu trình điều trị của từng phác đồ được tham khảo tại các hướng dẫn trong nước và quốc tế, đồng thời hiệu chỉnh theo kết quả tham vấn chuyên gia huyết học. Chi phí của các phác đồ hóa trị truyền thống (nhóm so sánh), bao gồm phác đồ Gem-Ox, BEACOPP, DHAP và ICE, được tính toán. Liều dùng được ước tính theo giá định cân nặng trung bình của người bệnh CHL Việt Nam là 50kg và diện tích da là 1,5m². Cụ thể chi phí điều trị cho một chu kỳ:

Bảng 1. Chi phí điều trị của một chu kỳ theo các phác đồ

Phác đồ	Tỷ lệ chi định	Chi phí/ chu kỳ (VNĐ)	Khoảng tin cậy 95%	
			Ngưỡng thấp (VNĐ)	Ngưỡng cao (VNĐ)
Nhóm đánh giá		128.355.434 đ	127.914.292 đ	128.796.575 đ
BV đơn trị (chu kỳ 21 ngày)	100%	126.428.866 đ	NA	NA
	100%	1.926.568 đ	1.485.426 đ	2.367.709 đ
Nhóm so sánh		14.767.697 đ	14.273.807 đ	25.592.110 đ
GEM-Ox (chu kỳ 28 ngày)	16%	5.327.798 đ	3.020.437 đ	31.545.364 đ
Bendamustine (chu kỳ 28 ngày)	37,5%	27.025.845 đ	25.990.053 đ	40.403.944 đ
BEACOPP (chu kỳ 28 ngày)	20%	9.337.889 đ	7.045.751 đ	17.401.966 đ
DHAP (chu kỳ 28 ngày)	12%	5.398.473 đ	6.905.968 đ	5.398.473 đ
ICE (chu kỳ 28 ngày)	14,5%	8.725.261 đ	12.457.940 đ	8.725.261 đ

***Ghi chú:** Chi phí thuốc BV được tính toán dựa trên giá định mức BHYT thanh toán tương đương với 50% giá kê khai hiện tại.

Chi phí theo dõi sức khỏe định kỳ

Chi phí theo dõi sức khỏe định kỳ bao gồm các dịch vụ: khám bệnh, tổng phân tích tế bào

máu, xét nghiệm chức năng gan, thận, một số các xét nghiệm sinh hóa cần thiết và chụp CT mỗi 03 chu kỳ một lần. Tổng chi phí theo dõi sức khỏe định kỳ là 961.200 đồng/chu kỳ. Chi phí theo dõi sức khỏe được giá định là như nhau giữa nhóm đánh giá và nhóm so sánh.

Chi phí điều trị biến cố bất lợi. Phương thức điều trị cho từng biến cố bất lợi (mức độ 3 trở lên) được tổng hợp thông qua tham vấn chuyên gia. Tỷ lệ mắc các biến cố được tổng hợp theo y văn. Chi phí quản lý biến cố bất lợi trung bình cho 01 bệnh nhân nhóm BV là 704.263 đồng và 919.840 đồng cho 01 bệnh nhân nhóm so sánh.

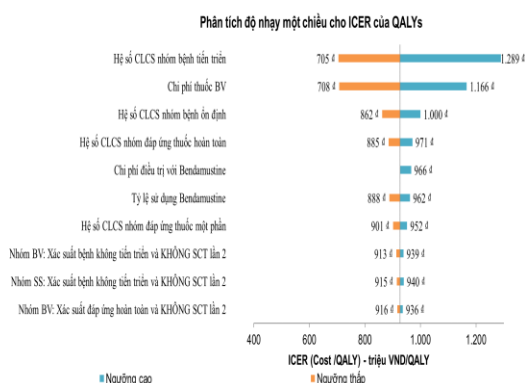
II. PHÂN TÍCH NỀN VÀ PHÂN TÍCH ĐỘ NHẠY

Bảng 2. Phân tích nền về chi phí – hiệu quả

	Nhóm BV	Nhóm so sánh	Khác biệt
Tổng chi phí	399.975.378 đ	100.985.428 đ	298.989.950 đ
Tổng năm sống - LYs	5,128	3,802	1,326
ICER - LY			225.505.267đ
Tổng năm sống chất lượng - QALYs	1,748	1,425	0,323
ICER - QALY			925.845.119

Phân tích độ nhạy. Phân tích độ nhạy một chiều được thực hiện bằng cách thay đổi giá trị của tất cả 35 tham số đầu vào theo phân phối phù hợp (beta, gamma, chuẩn) hoặc thay đổi theo kịch bản thiết kế sẵn. Đối với các tham số không có phân phối, nghiên cứu giả định ngưỡng thấp và cao của tham số tương ứng với phân vị 2,5th và 97,5th của tham số. Đối với các tham số không báo cáo sai số chuẩn, sai số chuẩn được giả định là 10% giá trị của tham số. Phân tích độ nhạy xác suất cũng được tiến hành với 1,000 vòng lặp.

Kết quả phân tích độ nhạy một chiều. Kết quả phân tích độ nhạy một chiều cho thấy hệ số CLCS tại nhóm bệnh tiến triển và chi phí thuốc BV là hai tham số có ảnh hưởng nhiều nhất tới chỉ số ICER. Hình 2 thể hiện 10 tham số có ảnh hưởng nhiều nhất tới kết quả ICER theo QALY của mô hình.



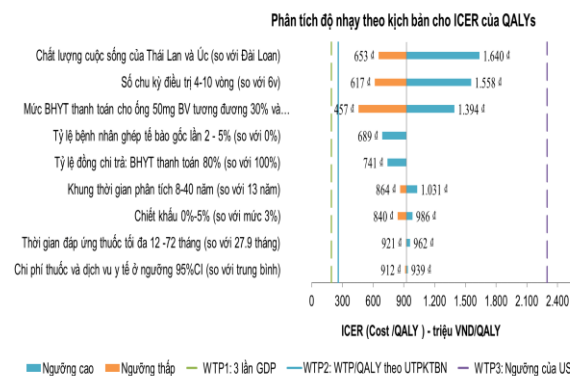
Hình 3. Phân tích độ nhạy một chiều ICER theo QALY, mô hình PSM

Trong phân tích độ nhạy theo kịch bản, có thể thấy rằng chỉ số ICER theo LY thay đổi nhiều

Phân tích nền. Phân tích nền ước tính tổng chi phí điều trị trung bình cho 01 bệnh nhân nhóm BV là 399.975.378 đồng, gấp 4 lần so với 01 bệnh nhân nhóm so sánh. Việc sử dụng BV có thể giúp người bệnh sống thêm 1,33 năm, tương ứng 0,32 năm sống chất lượng. Tỷ số chi phí tăng thêm trên số năm sống tăng thêm (ICER - LYs) là 225.505.267 đồng và Tỷ số chi phí tăng thêm trên số năm sống điều chỉnh theo CLCS tăng thêm (ICER - QALYs) là 925.845.119 đồng.

nhất trong các kịch bản về thay đổi mức thanh toán BHYT cho thuốc BV. Các kịch bản thay đổi về số chu kỳ điều trị tối đa của bệnh nhân, hay khung thời gian phân tích cũng tác động nhiều nhất tới kết quả của chỉ số ICER theo số năm sống thêm.

Trong phân tích độ nhạy theo kịch bản, chỉ số ICER theo QALY thay đổi nhiều nhất trong các kịch bản về thay đổi hệ số chất lượng cuộc sống và mức giá BHYT thanh toán cho thuốc BV (**Error! Reference source not found.**).



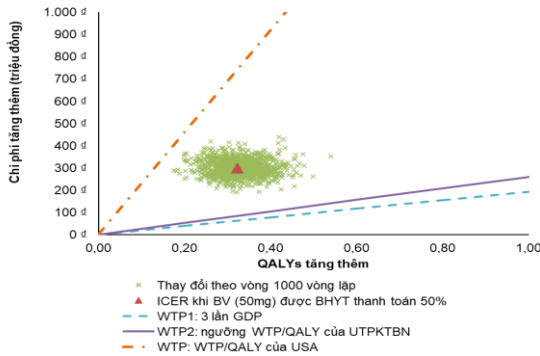
Hình 4. Phân tích độ nhạy theo kịch bản cho ICER theo QALY

Ghi chú: GDP (per capita): Tổng bình quân thu nhập theo đầu người, UTPKTBN: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, USA – Hoa Kỳ, WTP – Mức sẵn sàng chi trả, CI – khoảng tin cậy.

Với kịch bản mức giá BHYT thanh toán đối với BV tương đương 30% giá kê khai hiện tại, kết quả cho thấy chi phí tăng thêm là khoảng 148 triệu. Phân tích độ nhạy xác suất cho kịch bản này cho thấy khả năng đạt chi phí – hiệu quả của BV với các ngưỡng sẵn sàng chi trả tại Việt Nam

là rất thấp. Với ngưỡng chi trả là khoảng 450 triệu/QALY, xác suất đạt chi phí hiệu quả của BV và hóa trị truyền thống là tương đương.

Kết quả phân tích độ nhạy xác suất. Kết quả phân tích độ nhạy xác suất với 1000 vòng lặp cho thấy can thiệp sử dụng BV không có khả năng đạt chi phí – hiệu quả tại Việt Nam trong giả định mức giá BHYT thanh toán BV là 50% giá kê khai. Đường cong chi phí hiệu quả cho thấy xác suất đạt chi phí hiệu quả của can thiệp với BV so với các phác đồ hóa trị là như nhau với ngưỡng sẵn sàng chi trả là hơn 700 triệu/QALY.



Hình 5. Độ nhạy xác suất cho ICER theo QALY trong giả định BHYT thanh toán 50% giá kê khai của BV

IV. BÀN LUẬN

Điều trị sử dụng BV cho bệnh nhân CHL tiến triển/tái phát sau ASCT mang lại hiệu quả lâm sàng, nhưng chưa thực sự chi phí-hiệu quả tại Việt Nam. Với ngưỡng chi phí-hiệu quả là 3 GDP của Việt Nam năm 2020 (193.471.110 đồng), chỉ số ICER-LYs đã tiệm cận so với ngưỡng sẵn sàng chi trả, tuy nhiên chỉ số ICER-QALYs thì cao hơn rất nhiều so với ngưỡng này. Khi tham chiếu với ngưỡng sẵn sàng chi trả bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Việt Nam (259.923.000 đồng/QALY), chỉ số ICER-QALYs từ phân tích nền cho thấy rất khó để can thiệp với BV đạt chi phí hiệu quả. Tuy nhiên, khi tham chiếu với ngưỡng sẵn sàng chi trả tại Mỹ (2,3 tỷ đồng/QALY) thì kết quả phân tích nền của can thiệp hoàn toàn có chi phí – hiệu quả.

Bằng chứng y văn thế giới cũng cho thấy can thiệp BV này khó có thể đạt chi phí hiệu quả trên nhóm chỉ định này. Chỉ số ICER được ước tính tại Mỹ cho nhóm chỉ định này là từ 37.804 – 125.714 USD/QALY⁶ khi so sánh với các can thiệp hóa (xạ) trị. Tại Thụy Điển, chỉ số ICER là 47.307 USD/QALY⁷ khi so sánh can thiệp sử dụng BV với hóa trị cứu vớt.

Nghiên cứu này còn một số hạn chế khi thực

hiện khi quan điểm nghiên cứu là cơ quan chi trả BHYT tại Việt Nam và do đó, các tính toán chỉ bao gồm chi phí trực tiếp cho y tế. Trên quan điểm này, những chi phí tiềm tàng do bệnh mang lại (ví dụ: chi phí trực tiếp không cho y tế, chi phí gián tiếp, chi phí cơ hội do ốm đau hoặc tử vong do bệnh) không được tính toán. Trong bối cảnh can thiệp đánh giá là thuốc ung thư với đặc thù chi phí lớn, việc không đưa những chi phí tiềm ẩn nói trên vào tính toán có thể dẫn tới một kết quả ICER chưa phản ánh đúng thực tế và kết luận chưa chính xác về tính chi phí-hiệu quả của thuốc. Ngoài ra, tham số về hiệu quả lâm sàng của BV và liệu pháp hóa trị truyền thống trong nhóm so sánh được tham khảo từ y văn quốc tế, do đó có thể chưa phản ánh hiệu quả lâm sàng thực tế trên bệnh nhân Việt Nam. Tuy nhiên, sự không chắc chắn từ những tham số đầu vào đã được đánh giá thông qua các phân tích độ nhạy khác nhau, từ đó cung cấp sự biến thiên về kết quả chi phí – hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức giá BHYT thanh toán đối với thuốc BV cần tương đương 30% hoặc thấp hơn mức giá kê khai hiện tại để có thể có tính chi phí – hiệu quả trong việc điều trị cho bệnh nhân CHL tái phát/tiến triển sau ghép ASCT.

Một cơ chế chia sẻ rủi ro giữa các bên liên quan là cần thiết, nhằm đảm bảo tính công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ và công bằng trong y tế, bởi đây là một can thiệp có tính cứu mạng. Đồng thời, việc tăng cường khả năng tiếp cận với can thiệp này có khả năng đem lại lợi ích trên quan điểm xã hội, bởi nhóm bệnh nhân phần lớn là người trẻ tuổi trong độ tuổi lao động, từ 35-45 tuổi.

Xung đột lợi ích: Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ từ Công ty TNHH Takeda Pharmaceuticals (Asia Pacific) Pte. Ltd. Nhóm nghiên cứu tuyên bố không có bất cứ xung đột lợi ích nào khi thực hiện nghiên cứu và mọi vấn đề về kỹ thuật và nội dung nghiên cứu không có sự can thiệp của nhà tài trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Published online April 22, 2015.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN).** Hodgkin Lymphoma Guidelines Version (3) 2021. Accessed March 21, 2021. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkins.pdf
- Younes A, Gopal AK, Smith SE, et al.** Results of a Pivotal Phase II Study of Brentuximab Vedotin for Patients With Relapsed or Refractory Hodgkin's

- Lymphoma. J Clin Oncol. 2012;30(18):2183-2189. doi:10.1200/JCO.2011.38.0410
4. **Chen R, Gopal AK, Smith SE, et al.** Five-year survival and durability results of brentuximab vedotin in patients with relapsed or refractory Hodgkin lymphoma. Blood. 2016;128(12):1562-1566. doi:10.1182/blood-2016-02-699850
 5. **Swinburn P, Shingler S, Acaster S, Lloyd A, Bonthapally V.** Health utilities in relation to treatment response and adverse events in relapsed/refractory Hodgkin lymphoma and systemic anaplastic large cell lymphoma. Leuk Lymphoma. 2015;56(6):1839-1845. doi:10.3109/10428194.2014.970542
 6. **Ramsey SD, Roth J, Carlson J.** Estimated Cost-Effectiveness of Brentuximab Vedotin Vs. Best Supportive Care Following Autologous Stem Cell Transplant in Hodgkin's Lymphoma. Biol Blood Marrow Transplant. 2015;21(2, Supplement):S146. doi:10.1016/j.bbmt.2014.11.688
 7. **Engstrom A.** PCN145 - The Cost-Effectiveness of Brentuximab Vedotin in Hodgkin Lymphoma in Sweden. Value Health. 2014;17(7):A639. doi:10.1016/j.jval.2014.08.2303

NHẬN XÉT SỰ THAY ĐỔI KIẾN THỨC VỀ BỆNH BẰNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2021

Hồ Thị Hải Lê*, Đinh Thị Hằng Nga*, Nguyễn Thị Thanh Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét sự thay đổi kiến thức về bệnh bằng giáo dục sức khỏe của người bệnh THA tại bệnh viện Trường đại học Y khoa Vinh năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 48 NB được chẩn đoán THA điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 07/2021 đến tháng 10/2021. **Kết quả:** Sau giáo dục sức khỏe có 81,3% người bệnh có kiến thức về trị số THA, không có người bệnh không biết về biến chứng THA; có 95,8% bệnh nhân THA nhận thức được sự cần thiết điều trị bệnh nên bên cạnh kiểm soát huyết áp, tuy nhiên vẫn còn 4,2% đối tượng chưa nhận thức được việc này. **Kết luận:** Sau GDSK hầu hết bệnh nhân có kiến thức tốt về bệnh THA do đó cần nâng cao vai trò GDSK để bệnh nhân tăng cường hiểu biết về bệnh.

Từ khóa: tăng huyết áp, NB, giáo dục sức khỏe.

SUMMARY

COMMENTS ON CHANGES OF KNOWLEDGE ABOUT DISEASE BY HEALTH EDUCATION FOR HYPERTENSIVE PATIENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2021

Objectives: To assess the change in knowledge about the disease by health education of hypertensive patients at Vinh Medical University Hospital in 2021. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 48 patients diagnosed with hypertension treated at Vinh Medical University Hospital from July 2021 to October 2021. **Results:** after health education, 81.3% of patients had knowledge about

hypertensive value, no patients did not know about hypertensive complications; 95.8% of hypertensive patients are aware of the need to treat underlying disease besides blood pressure control, however, 4.2% of subjects are not aware of this. **Conclusion:** After health education, most patients have good knowledge about hypertension, so it is necessary to improve the role of health education so that patients can increase their understanding of the disease.

Keywords: hypertension, patients, health education.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý phổ biến thường gặp trong xã hội hiện đại ở các nước phát triển và đang phát triển. Tỷ lệ người mắc THA ngày càng tăng và tuổi bị mắc mới ngày càng trẻ. Vào năm 2000, theo thống kê của WHO toàn thế giới có tới 972 triệu người bị THA và con số này ước tính là vào khoảng 1,56 tỷ người vào năm 2025. THA thường diễn biến âm thầm và gây ra những biến chứng nguy hiểm có thể đe dọa tính mạng người bệnh hoặc để lại gánh nặng tàn phế. Theo điều tra mới nhất của Hội tim mạch học Việt Nam, năm 2016, khoảng 48% người trưởng thành Việt Nam mắc bệnh THA [1]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ tử vong do các biến chứng của bệnh THA ngày một tăng trong đó có Việt Nam. Đặc điểm của người bệnh THA là tiến triển kéo dài và xuất hiện biến chứng nặng dần nếu không được điều trị và chăm sóc tốt. Bệnh THA không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích và gây các biến chứng nguy hiểm như tai biến mạch máu não (TBMMN), nhồi máu cơ tim, phình tách thành động mạch chủ, suy tim, suy thận.... để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến chất

*Trường Đại học Y khoa Vinh
 Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Hải Lê
 Email: hailevmu@gmail.com
 Ngày nhận bài: 26.11.2021
 Ngày phản biện khoa học: 13.01.2022
 Ngày duyệt bài: 24.01.2022