

HIV/AIDS patients: a multisite study. Global health action. 6(1). p. 19570.

9. **Bùi Thị Tú Quyên and Nguyễn Thùy Linh** (2020). Mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân với tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS

tại các nước thu nhập trung bình: phân tích gộp (meta-analysis). Tạp chí Y tế Công cộng. p. 36.

10. **Lee, Won Kyung and Lee, Joongyub** (2021). Evaluation and improvement of adherence to medication. Journal of the Korean Medical Association/Taehan Uisa Hyophoe Chi. 64(2).

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ GHÉP THẬN ĐẢO CỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2020 – 2023

Ninh Việt Khải¹, Hoàng Tuấn¹, Ninh Bảo Ngọc², Đỗ Ngọc Sơn¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả của ghép thận đảo cực. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023 các trường hợp ghép thận đảo cực tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 11 bệnh nhân ghép thận đảo cực, tất cả đều được ghép thận phải vào hố chậu phải. Tuổi trung bình 48.9 ± 11.7 tuổi, tỉ lệ nam / nữ 1.75/1. 1 động mạch thận ghép 72.7%, 1 tĩnh mạch thận ghép chiếm 90.9%. Chỉ định ghép thận đảo cực để tránh vị trí xơ vữa nặng ở 1/2 trên động mạch chậu ngoài 6 bệnh nhân chiếm 54.5%, tránh gập góc do động mạch thận chia sớm và dài 5 bệnh nhân chiếm 45.5%, không có trường hợp nào đảo cực do tĩnh mạch thận ngắn. Đa phần Creatinin trở về bình thường sau ghép 7 ngày. Không có biến chứng nội ngoại khoa xuất hiện sớm sau ghép. Đối với kết quả xa, tất cả 11 bệnh nhân không có biến chứng mạch máu như giả phình, huyết khối, xoắn vặn hay gập góc mạch máu. Không có biến chứng hẹp niệu quản, không có biến chứng hẹp miệng nối niệu quản – bàng quang, không có thải ghép cấp và không nhiễm CMV hoặc BK sau ghép. **Kết luận:** Ghép thận đảo cực là kỹ thuật hữu ích và an toàn trong xử lý xơ vữa mạch chậu ngoài ở nửa trên hoặc khi động mạch thận dài và chia sớm để tránh gập góc.

SUMMARY

SURGICAL FEATURES AND OUTCOME OF INVERTED KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIETDUC HOSPITAL FROM 2020 TO 2023

Objective: To describe the technical characteristics, indications and evaluate the results of inverted kidney transplantation. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of cases of inverted kidney transplantation at Viet Duc University Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** There were 11 patients who underwent inverted kidney transplantation, all transplanted with

right kidney graft into the right iliac fossa. The mean age 48.9 ± 11.7 year old, male / female ratio 1.75/1. 1 graft renal artery 72.7% and 1 graft renal vein 90.9%. Indications for inverted kidney transplant are to avoid severe atherosclerosis in the upper half of the external iliac artery in 6 patients, accounting for 54.5%, to avoid angulation due to early branching and long renal artery in 5 patients, accounting for 45.5%, no cases of inverted kidney transplantation due to short renal vein. Most of cases Creatinine returns to normal on day 7 after transplantation. No early medical or surgical complications after kidney transplantation, about the late results, all 11 patients had no vascular complications like pseudoaneurysm, thrombosis or vascular kinking and angulation. No complication of ureteral stenosis, no complications of ureteral-bladder anastomosis, no acute rejection, and no CMV or BK infection after transplantation. **Conclusion:** Inverted kidney transplantation is a useful and safe technique to manage the atherosclerosis in the upper half of the external iliac artery or early branching and long graft renal artery to avoid angulation. **Keywords:** inverted kidney transplantation, upside-down kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận đảo cực được Hamburger lần đầu tiên thực hiện năm 1972 khi tiến hành ghép thận phải có tĩnh mạch thận ngắn vào hố chậu phải [1]. Trong kỹ thuật đặt thận ghép này, chiều của đài bể thận đến niệu quản thận ghép bị đảo ngược về phía trên (hướng về đầu). Khi tiến hành ghép thận đảo cực bắt buộc phải có kỹ thuật để xoay chiều niệu quản sao cho khi cắm niệu quản vào bàng quang không bị xoắn vặn và gập khúc gây hẹp niệu quản. Đây là kỹ thuật đã được chúng tôi thực hiện thường quy khi ghép thận phải vào hố chậu phải người nhận trong giai đoạn trước năm 2020. Tuy nhiên, giai đoạn từ khoảng sau năm 2020, với những lo ngại về nguy cơ gập góc niệu quản (nhất là phẫu thuật viên chưa nhiều kinh nghiệm) và với việc áp dụng nhiều phương pháp để xử lý tình huống tĩnh mạch thận ngắn như chuyển vị tĩnh mạch chậu ngoài, tạo hình làm dài với tĩnh mạch chậu

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Trung học Phổ thông Chuyên Sư phạm Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

bảo quản hoặc tĩnh mạch sinh dục đi kèm thận ghép, chúng tôi không còn thực hiện thường quy ghép thận đảo cực khi ghép thận phải vào hố chậu phải. Giai đoạn sau 2020, ghép thận đảo cực vẫn được chúng tôi chỉ định và thực hiện nhưng rất hạn chế, ở một số tình huống không liên quan đến xử lý tĩnh mạch thận ngắn. Nhằm đánh giá kết quả và nhìn nhận lại chỉ định cũng như kinh nghiệm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả khi thực hiện ghép thận đảo cực trong thời gian từ 1/2020 – 12/2023 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các trường hợp ghép thận đảo cực được tiến hành tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và được theo dõi định kỳ sau ghép.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.2. Kỹ thuật xoay chiều của niệu quản khi cắm niệu quản – bàng quang trong ghép thận đảo cực: Phẫu tích dọc theo khoảng vô mạch ở sát nhu mô cực dưới thận ghép tránh tác động đến tam giác vàng vùng rốn thận, từ cực dưới thận đến gần rốn thận để làm xuôi chiều niệu quản khi ghép đảo cực, đảm bảo không làm tổn thương các mạch máu nuôi niệu quản (hình 2), kèm đó là đặt tư thế thận niệu quản hướng trong

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi, giới, BMI, đặc điểm thận hiến (vị trí, số lượng mạch máu và kích thước, chiều dài niệu quản.

- Đặc điểm người nhận trước ghép: đã lọc máu hay chưa? thời gian lọc máu trước ghép, tiền sử ghép thận trước đây. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận: xơ vữa hay không xơ vữa

- Đặc điểm kỹ thuật trong mổ:

+ Thời gian thiếu máu lạnh: là thời gian từ lúc thận được lấy ra bên người hiến cho vào dung dịch bảo quản lạnh, đến khi thận được đưa vào hố thận ghép để tiến hành ghép.

+ Thời gian thiếu máu ấm: là thời gian từ lúc đặt thận vào hố thận để ghép đến khi tái tưới máu thận.

+ Thời gian mổ: thời gian từ lúc rạch da để khi hoàn tất đóng bụng

+ Thời gian nối động mạch, tĩnh mạch

+ Thời gian có nước tiểu sau tái tưới máu

+ Đặc điểm mạch máu và kỹ thuật xử lý: Số lượng và kích thước động mạch, tĩnh mạch, đặc

điểm tạo hình mạch khi có nhiều mạch (tạo hình thành thân chung kiểu nòng súng hoặc cắm riêng rẽ từng mạch máu)

- Kết quả gần:

+ Chức năng thận thời gian hậu phẫu: xét nghiệm Creatinin sau mổ ngày 1, 3, 5, 7, khi ra viện

+ Siêu âm doppler mạch máu thận ghép: thực hiện thường quy sau ghép ngày 1 và ngày 7

+ Biến chứng tiết niệu: hẹp miệng nối, gập niệu quản, rò niệu quản..

+ Biến chứng mạch máu: chảy máu, giả phình, huyết khối

+ Biến chứng nội khoa: thải ghép cấp, viêm tụy cấp...

+ Thời gian nằm viện

- Kết quả xa:

+ Thời gian theo dõi đến hiện tại

+ Chức năng thận: xét nghiệm Creatinin thời điểm hiện tại

+ Biến chứng muộn về tiết niệu ,mạch máu, nội khoa (nhiễm CMV, BK thải ghép cấp, mạn tính

2.2.4. Xử lý số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được tổng số 11 trường hợp bệnh nhân ghép thận đảo cực.

3.1. Đặc điểm chung người nhận

Thông số	n
Tuổi	48.9±11.7 (27-65)
Giới (nam/nữ)	7/4(1.75/1)
BMI	22.1±1.6 (20-24)
Lọc máu/chưa lọc máu chu kỳ	9/2
Thời gian lọc máu trước ghép (tháng)	6.7±1.5
Ghép thận lần 1/lần 2	11/0
Xơ vữa mạch chậu phức tạp	6

Nhận xét: Có 9/11 (77%) trường hợp đã phải lọc máu trước ghép, 2 bệnh nhân chưa lọc máu chu kỳ được chỉ định ghép thận đón đầu khi thận suy giai đoạn 4. Tất cả BN đều ghép thận lần đầu

3.2. Chỉ định ghép thận đảo cực và đặc điểm thận ghép

Thông số	n
Vị trí ghép và thận ghép	
Hố chậu P và thận P	11
Hố chậu T và thận T	0
Chỉ định ghép đảo cực thận	
Tĩnh mạch thận ngắn	0
Tránh vị trí xơ vữa động mạch chậu gốc và 1/2 trên động mạch chậu ngoài	6(54.5%)
Tránh gập động mạch thận do chia	5(45.5%)

sớm và dài	
Động mạch thận ghép	
1 Động mạch	7(72.7%)
2 Động mạch (tạo thân chung/nổi riêng)	4(27.3%) (3/1)
Tĩnh mạch thận ghép	
1 Tĩnh mạch	10(90.9%)
2 Tĩnh mạch (tạo hình/ nổi riêng)	0
3 Tĩnh mạch (thắt 1 nhánh, tạo hình 2)	1(9.1%)
Chiều dài niệu quản (cm)	10.3±1.3

Nhận xét: Có 6/11 trường hợp ghép thận ở người nhận có mạch chậu xơ vữa phức tạp ở động mạch chậu gốc và ½ trên động mạch chậu ngoài, không có trường hợp nào đảo cực liên quan tĩnh mạch thận ngắn, 5/11 trường hợp ghép thận đảo cực trong trường hợp động mạch thận chia sớm và dài, gập góc nếu đặt thuận chiều. 1 động mạch thận ghép chiếm đa số 72.7%. Những trường hợp có 2 động mạch, đa phần chúng tôi có xu hướng tạo hình thân chung 2 động mạch với nhau. 1 tĩnh mạch chiếm đa số 90.9%, có 1 trường hợp 3 tĩnh mạch, chúng tôi thắt 1 nhánh TM nhỏ, 2 TM còn lại được tạo hình thành thân chung.

3.3. Đặc điểm về thời gian phẫu thuật

Bảng 3.1. Đặc điểm về thời gian trong phẫu thuật

Thời gian (phút)	Giá trị trung bình
Thời gian thiếu máu lạnh	58.3 ± 9.2 (53-65)
Thời gian thiếu máu ấm	42.7 ± 11.5 (31-55)
Thời gian nối động mạch	15.7 ± 2.2 (14-19)
Thời gian nối tĩnh mạch	20.5 ± 8.9 (14-34)
Thời gian có nước tiểu sau tái tưới máu	2 ± 2 (1-5)
Thời gian phẫu thuật	170 ± 35.5 (130-200)

Nhận xét: Thời gian thiếu máu lạnh và thiếu máu ấm ngắn, hầu hết là có nước tiểu sau tái tưới máu với thời gian trung bình khoảng 2 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 170 phút.

3.4. Kết quả gần

- Xét nghiệm Creatinin

Bảng 3.2. Xét nghiệm Creatinin (µmol/l)

Creatinin (µmol/l)	Giá trị trung bình
Ngày 1	388 ± 233 (97-787)
Ngày 3	153 ± 70 (75-264)
Ngày 5	127 ± 49 (68-203)
Ngày 7	113 ± 15 (73 - 130)
Khi ra viện	105 ± 12 (70 - 113)

Nhận xét: Xét nghiệm Creatinin về ổn định sau 7 ngày.

- Siêu âm thận ghép: 100% thận ghép tưới máu tốt với chỉ số RI < 0.7

- Biến chứng sớm: Không có biến chứng sớm nội và ngoại khoa sau mổ

- Thời gian nằm viện trung bình 14 ± 1.3 ngày

3.5. Kết quả xa

- Tất cả 11 bệnh nhân đều được theo dõi định kỳ thường xuyên, với thời gian theo dõi 20 ± 16 tháng

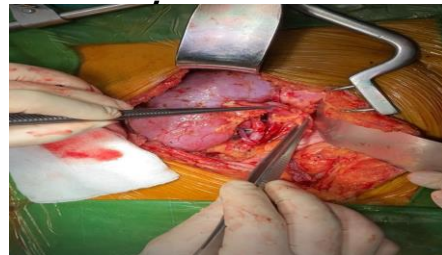
- Hiện không ghi nhận bất cứ biến chứng muộn nào ở các bệnh nhân trong nghiên cứu như gập hẹp niệu quản, hẹp miệng nối niệu quản bằng quang cũng như không nhiễm CMV hoặc BK sau ghép.

- Xét nghiệm Creatinin thời điểm hiện tại 115±12mmol/l, với thời gian theo dõi 20±16tháng

Hình ảnh ghép thận đảo cực bệnh nhân: Lại Ngọc HH, 53 tuổi



Hình 1: Hình ảnh xơ vữa ĐM chủ bụng, chậu và chi dưới



Hình 2: Hình ảnh ghép thận đảo cực



Hình 3: Chụp kiểm tra thận ghép sau 1 năm

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật ghép thận đảo cực được Hamburger lần đầu tiên thực hiện năm 1972 khi tiến hành ghép thận phải có tĩnh mạch thận ngắn vào hố chậu phải [1]. Ghép thận đảo cực nghĩa là chiều của đài bể thận – niệu quản bị đảo ngược về phía đầu với mục đích đưa mạch máu đặc biệt là

tĩnh mạch thận nằm phía sau, nên tiếp cận gần với tĩnh mạch chậu của người nhận. Do đó, là giải pháp được đưa ra để xử lý tĩnh mạch thận ngắn, thường gặp trong ghép thận phải vào hố chậu phải. Simforoosh thông báo 32 trường hợp lấy thận phải nội soi để ghép, cho thấy tĩnh mạch thận rất ngắn 1.5cm, và tác giả đã sử dụng kỹ thuật ghép thận đảo cực để áp dụng trong trường hợp này cho kết quả tốt [2]. Những nghiên cứu về đảo cực thận của các tác giả khác như Gyawali P, Bueno Jimenez A... cho thấy đảo cực thận cũng chỉ được chỉ định để xử lý tĩnh mạch thận ngắn và tính an toàn của kỹ thuật [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11 bệnh nhân được thực hiện ghép thận đảo cực từ sau 2020 tại bệnh viện Việt Đức, không có trường hợp nào chỉ định vì tĩnh mạch thận ngắn mà được chỉ định do xơ vữa nặng và phức tạp động mạch chậu gốc và 1/2 trên động mạch chậu ngoài có 6 bệnh nhân chiếm 54.5%, tránh gặp góc động mạch thận do chia sớm và dài có 5 bệnh nhân chiếm 45.5%. Chúng tôi xem những chỉ định thực hiện ghép thận đảo cực của chúng tôi là những chỉ định mới đối với đảo cực thận. Thứ nhất là chỉ định liên quan đến xơ vữa mạch chậu trong đó động mạch chậu gốc và đoạn 1/2 trên động mạch chậu ngoài xơ vữa nặng, không tìm thấy vị trí tốt đảm bảo cho khâu nối mạch. Xơ vữa mạch chậu gây khó khăn trong khi nối động mạch với 2 lý do: (1) phải chọn vị trí mở động mạch chậu phù hợp để tránh mở vào đúng vị trí có mảng xơ vữa gây khó khăn khi khâu nối cũng như nguy cơ gây lóc thành mạch chậu, bong mảng xơ vữa gây tắc mạch; (2) hạn chế dùng clamp Satinsky vì thành mạch nhiều xơ vữa không có vị trí đặt clamp. Trong các trường hợp xơ vữa nặng, không còn vị trí phù hợp để nối mạch, nhiều tác giả đã thay đoạn mạch chậu xơ vữa, nối động mạch thận vào đoạn mạch mới giúp tối ưu lưu lượng máu vào thận ghép cũng như thuận lợi cho miệng nối động mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, động mạch chậu gốc và 1/2 trên động mạch chậu ngoài xơ vữa nặng nhưng đoạn 1/2 dưới động mạch chậu ngoài mức độ xơ vữa ít hơn và có vị trí có thể khâu nối mạch thận, chúng tôi đã thực hiện đảo cực thận để động mạch thận tương thích vào đúng vị trí đoạn mạch chậu ngoài phía dưới ít xơ vữa và thực hiện khâu nối mạch, tránh thay đoạn mạch nhân tạo hay cố mở vào vị trí có mảng xơ vữa nặng ở phần trên để làm miệng nối dễ dẫn đến các biến chứng tắc mạch, lóc tách. Có 1 thông báo lâm sàng của T. Wakita năm 2023 một trường hợp lâm sàng ghép thận đảo cực cho bệnh nhân nam, 58 tuổi, suy thận giai đoạn cuối

kèm đá sỏi đường. Bệnh nhân có xơ vữa động mạch chậu mức độ nặng ở phần trên, tuy nhiên phần ngoại vi chỉ xơ vữa mức độ nhẹ, đảm bảo cho miệng nối động mạch. Do đó nhóm tác giả đã tiến hành đặt thận đảo cực để tạo thuận lợi cho kỹ thuật nối, kết quả không có biến chứng về mạch máu và niệu quản, chức năng thận tốt sau ghép [5]. Thứ hai là chỉ định động mạch thận chia nhánh sớm và dài đồng thời tĩnh mạch thận không dài tương xứng để tạo thuận lợi cho nối động mạch dẫn tới động mạch dễ bị gặp góc, nguy cơ hẹp sau ghép. Trong trường hợp này nếu cắt ngắn động mạch để có vị trí nối phù hợp thì sẽ chuyển từ 1 động mạch thận thành nhiều nhánh động mạch thận (làm phức tạp kỹ thuật xử lý mạch máu và tăng nguy cơ). Bằng việc đảo cực thận, chúng tôi đã nối động mạch thận với đoạn xa động mạch chậu ngoài (1/2 dưới) với khoảng cách xa thích hợp do đó không gây gặp góc động mạch.

Siêu âm cho kết quả 100% thận ghép tưới máu tốt. Creatinin máu giảm dần đều từ ngay sau ghép, đến ngày thứ 7 sau ghép creatinine máu trung bình là $113 \pm 15 \mu\text{mol/l}$ và trở về bình thường khi ra viện, cho tới tại thời điểm hiện tại với thời gian theo dõi trung bình 20 ± 16 tháng, chức năng thận vẫn duy trì ổn định, không có biến chứng ngoại khoa liên quan đến mạch máu và niệu quản. Không có trường hợp nào nhiễm CMV, BK và không có trường hợp nào bị thải ghép cấp. Mặc dù, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn ít, tuy nhiên với kết quả nghiên cứu đáng khích lệ này đã giúp chúng tôi tiếp tục chỉ định cho dạng tổn thương này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào tổn thương thủng hay hoại tử niệu quản, không có gặp hẹp niệu quản hay hẹp miệng nối niệu quản – bàng quang. Nghiên cứu Prem Gyawali, trong tổng 70 trường hợp ghép thận đảo cực, có 3 trường hợp hẹp niệu quản, còn Simforoosh có 4 trường hợp rò niệu quản (5%) và 2 trường hợp hẹp niệu quản tại vị trí cắm niệu quản – bàng quang (2.5%) [3], [6].

V. KẾT LUẬN

Ghép thận đảo cực là kỹ thuật có thể thực hiện được đơn giản, an toàn. Mặc dù là kỹ thuật không mới, ít được sử dụng ngay cả với tình trạng tĩnh mạch thận ngắn một chỉ định đưa ra khi áp dụng đảo cực thận. Tuy nhiên, trong trường hợp động mạch thận dài và chia sớm hoặc xơ vữa động mạch chậu việc đảo cực thận là một lựa chọn tốt giúp tránh các nguy cơ liên quan đến mạch máu khi ghép thận và giúp đơn giản kỹ thuật ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hamburger, J.**, Renal transplantation; theory and practice. 1972, Baltimore,: Williams and Wilkins. xx, 326 p.
2. **Simforoosh, N., et al.**, Right laparoscopic donor nephrectomy and the use of inverted kidney transplantation: an alternative technique. *BJU Int*, 2007. 100(6): p. 1347-50.
3. **Gyawali P, P.S., Chapagain S, Luitel B, Chalise P, Sharma U.** Upside-down kidney transplantation using single-suture single-knot technique. *Indian Journal of Transplantation*. 2019;13:264.
4. **Bueno Jimenez, A., et al.**, Upside-down kidney placement: An alternative in pediatric renal transplantation. *J Pediatr Surg*, 2021. 56(8): p. 1417-1420.
5. **Wakita, T., et al.**, Upside-Down Kidney Transplantation in a Recipient with Severe Arteriosclerosis: A Case Report. *Transplant Proc*, 2023. 55(4): p. 1059-1061.
6. **Simforoosh, N., et al.**, Long-Term Follow-up After Right Laparoscopic Donor Nephrectomy and Inverted Kidney Transplant. *Exp Clin Transplant*, 2016. 14(1): p. 27-31.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ – HIỆU QUẢ CỦA CLOPIDOGREL BRANDNAME SO VỚI GENERIC TRONG PHÒNG NGỪA BIẾN CỐ TIM MẠCH SAU CAN THIỆP QUA DA Ở NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Võ Ngọc Yến Nhi²,
Bùi Hoàng Lan Anh², Bùi Minh Trạng³, Nguyễn Chí Thanh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Clopidogrel là thuốc chống kết tập tiểu cầu đóng vai trò then chốt trong phòng ngừa biến cố tim mạch ở người bệnh (NB) hội chứng vành cấp (HCVC) sau can thiệp mạch vành qua da (PCI). **Mục tiêu:** Phân tích chi phí – hiệu (CP-HQ) quả giữa clopidogrel brandname với generic trong dự phòng biến cố tim mạch sau PCI ở NB HCVC. **Phương pháp:** Phân tích CP-HQ trên quan điểm xã hội với mô hình Markov được sử dụng để ước lượng giá trị ICER trên toàn thời gian sống của NB và dữ liệu đầu vào dựa trên tổng quan y văn, tham vấn ý kiến chuyên gia và dữ liệu mô tả cắt ngang chi phí điều trị các trạng thái tại Viện tim Thành phố Hồ Chí Minh nửa đầu năm 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận so với clopidogrel generic, clopidogrel brandname giúp gia tăng 0,012 QALY, đồng thời làm tăng 3,04 triệu VND. ICER được ghi nhận có giá trị 254,10 triệu VND/QALY và đạt CP-HQ khi so với ngưỡng chi trả 3GDP năm 2023 tại Việt Nam (305,7 triệu VND). Phân tích độ nhạy một chiều ghi nhận hiệu quả lâm sàng ảnh hưởng nhiều nhất đến ICER và xác suất clopidogrel brandname đạt CP-HQ trên 50%. **Kết luận:** Phác đồ clopidogrel brandname đạt CP-HQ so với clopidogrel generic trên nền aspirin trong phòng ngừa biến cố tim mạch trên NB HCVC sau PCI.

Từ khóa: chi phí-hiệu quả, thuốc chống kết tập tiểu cầu, hội chứng vành cấp, can thiệp qua da

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Viện Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá công nghệ y tế

³Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

ANTIPLATELET DRUGS IN PREVENTING CARDIOVASCULAR EVENTS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN VIETNAM

Introduction: Clopidogrel, is an antiplatelet drug, plays a crucial role in preventing cardiovascular events in patients (pts) with acute coronary syndrome (ACS) after percutaneous coronary intervention (PCI). **Objective:** To analyze the cost-effectiveness (CEA) of clopidogrel brandname and generic in preventing cardiovascular events after PCI in ACS pts. **Methods:** A CEA from a social perspective was conducted using a Markov model to estimate the lifetime ICER of pts and input data based on literature review, expert consultation, and cross-sectional cost data for treatment of states at the Ho Chi Minh City Heart Institute in the first half of 2024. **Results:** The study found that compared to generic clopidogrel, brand-name clopidogrel increased QALYs by 0.012 and increased costs by VND 3.04 million. The ICER was found to be VND 254.10 million/QALY and was cost-effective when compared to the 2023 3GDP payment threshold in Vietnam (VND 305.7 million). One-way sensitivity analysis found that clinical efficacy had the greatest impact on the ICER, and the probability of brand-name clopidogrel being cost-effective was over 50%. **Conclusion:** Brand-name clopidogrel is cost-effective compared to generic clopidogrel on aspirin regimen in the prevention of cardiovascular events in ACS pts after PCI. **Keywords:** cost-effectiveness, antiplatelet drugs, acute coronary syndrome, percutaneous coronary intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) bao gồm một loạt các tình trạng như nhồi máu cơ tim ST chênh lên (STEMI), nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NSTEMI) và đau thắt ngực không ổn