

cung sau 6-9 tháng chiếm tỉ lệ 76,7% (bảng 5). Đồng thời kết quả điều trị tốt cao nhất ở nhóm có thời gian điều trị ngắn (6 đến 9 tháng), đạt 82,6%. Chỉ có 1 bệnh nhân có thời gian điều trị kéo dài (>12 tháng) và kết quả chỉ đạt mức độ trung bình, đây là trường hợp bệnh nhân trên 28 tuổi. Nghiên cứu của các tác giả khác như Marcelo Aires và cộng sự, Stewart và cộng sự [3], [6] cũng cho thấy các răng ngầm ở các bệnh nhân lớn tuổi thời gian kéo răng về cung thường dài hơn các bệnh nhân trẻ tuổi. Như vậy, với sự trợ giúp của phim CBCT và phần mềm 3D đã giúp cho thời gian điều trị kéo răng ngầm về cung của chúng tôi thuận lợi phần lớn nằm trong khoảng thời gian 6-9 tháng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị kéo răng ngầm với sự trợ giúp của phim CBCT có tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ tốt ở mức 70%, phần lớn các răng ngầm có thời gian kéo răng về cung từ 6-9 tháng và chiếm tỉ lệ 76,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Thắng (2012), Nghiên cứu phẫu thuật hỗ trợ quá trình chỉnh nha các răng vĩnh viễn mọc ngầm vùng trước, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.75 -80.
2. Bjerklin K, Ericson S (2006). How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and ectopically positioned maxillary canines. Angle Orthodontist. 76, pp. 43 – 51
3. Marcelo A. V., Ana L.S. (2009). Palatally impacted canine: Diagnosis and treatment options. Braz J Oral Sci. 9(2):70-76.
4. Shapira Y., Kufteinc M. (1998). Early diagnosis and interception of potential maxillary canine impaction. Am. J Dent Assoc. 129: 1450-4.
5. Snehata O., (2011) CBCT evaluation of impacted canines and root resorption. Oral surgery.21-24
6. Stewart J. A., Heo G., Glover K. E. (2001). Factors that relate to treatment duration for patients with palatally impacted maxillary canines. Am. J Orthod Dentofacial Orthop. 119:216-25.
7. Susanne W., Jennifer J., et al (2011). Impacted upper canines: examination and treatment proposal based on 3D versus 2D diagnosis. J Orofac Orthop 73.28-40.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CHẤT LƯỢNG CÁC NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KINH TẾ Y TẾ SỬ DỤNG KỸ THUẬT MÔ HÌNH HÓA ĐỐI VỚI CÁC CAN THIỆP DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Thu Hà*, Nguyễn Quỳnh Anh*, Nguyễn Thanh Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và đánh giá/thẩm định chất lượng các nghiên cứu đánh giá kinh tế y tế của các can thiệp dự phòng và nâng cao sức khỏe tâm thần sử dụng kỹ thuật mô hình hóa. **Phương pháp:** Sử dụng tổng quan hệ thống dựa trên hướng dẫn của tổ chức Cochrane để xác định toàn bộ các nghiên cứu phù hợp được công bố cho đến cuối 2020 để đưa vào đánh giá chất lượng. Chất lượng nghiên cứu được đánh giá bằng Bảng kiểm Philips. Hai nghiên cứu viên tiến hành sàng lọc, lựa chọn và đánh giá chất lượng nghiên cứu. **Kết quả:** Tổng số bản ghi tìm kiếm được là 5.838. Sau khi sàng lọc, 44 nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn để đưa vào đánh giá chất lượng. Phần lớn các nghiên cứu được công bố sau năm 2010 (n=39), nhiều nhất là các phân tích chi phí – thỏa dụng với đầu ra đo lường phổ biến là số năm sống hiệu chỉnh theo chất lượng cuộc sống (QALY) và góc độ đánh giá toàn xã hội. Chất lượng nghiên cứu có sự

biến thiên rất lớn, với nhiều đặc điểm kỹ thuật khác biệt như thời gian tính toán, chu kỳ tính toán, các giả định của mô hình. Thực hành chuẩn hóa cấu trúc mô hình và các giả định còn nghèo nàn. **Kết luận:** Chất lượng và phương pháp mô hình hóa có sự biến thiên rất lớn giữa các nghiên cứu tạo ra khó khăn cho việc tổng hợp và phiên giải kết quả. Chất lượng của các nghiên cứu cần tiếp tục cải thiện trong tương lai, đặc biệt liên quan đến chuẩn hóa cấu trúc, giả định của mô hình.

Từ khóa: đánh giá chất lượng, đánh giá kinh tế y tế, mô hình hóa, Bảng kiểm Philips, can thiệp dự phòng và nâng cao sức khỏe tâm thần

SUMMARY

QUALITY APPRAISAL OF MODEL-BASED ECONOMIC EVALUATIONS OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION INTERVENTIONS

Objective: To summarize and critically appraise the quality of model-based economic evaluations of mental health promotion and prevention interventions. **Method:** A systematic review was conducted following guidelines in conducting systematic review of Cochrane Collaboration to identify all relevant model-based economic evaluations published ever until the end of 2020. The quality of included studies was

*Trường Đại học Y tế Công cộng-Hà Nội, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: nth11@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

assessed using the Philips Checklist. Two researchers independently carried the selection process and quality appraisal. **Results:** From screening 5.838 searching results, 44 studies were eligible to included in the quality appraisal process. Most of the studies were published after 2010 (39 studies). Most of them were cost-utility analysis with the primary outcome measurement of Quality-adjusted life year (QALY) and employing a societal perspective. The quality of the studies varied greatly. There was significant heterogeneity in time horizon, model cycle, model assumptions, etc. The practice of validating model structure and model assumptions was very poor. **Conclusion:** The quality and modelling methods varied significantly among studies, making it challenging to synthesize and interpret the results. The quality of the studies needs to be improved in the future, especially the validation of the model's structure and assumptions.

Key words: quality appraisal, economic evaluation, model-based, Philips checklist, mental health promotion and prevention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) là gánh nặng rất lớn đối với cá nhân, gia đình và quốc gia, ngày càng nhiều nghiên cứu chỉ ra hiệu quả của các can thiệp nhằm dự phòng và nâng cao SKTT ở mọi thời điểm trong cuộc đời [1-3]. Mặc dù có nhiều bằng chứng về hiệu quả, nhưng các can thiệp dự phòng và nâng cao SKTT vẫn chưa được đầu tư thỏa đáng, kể cả ở các quốc gia có thu nhập cao [2]. Để trả lời cho câu hỏi liệu đầu tư cho các can thiệp này có “đáng đồng tiền” (value-for-money) trong bối cảnh nguồn lực y tế ngày càng trở nên hạn hẹp, bằng chứng từ các đánh giá kinh tế y tế (KTYT) là rất quan trọng [1].

Một tổng quan nghiên cứu mới được công bố gần đây về các đánh giá KTYT tập trung vào các can thiệp cộng đồng nhằm dự phòng các vấn đề SKTT dành cho đối tượng trẻ em và VTN 6-18 tuổi [4]. Tác giả triển khai tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu bao gồm Econlit, EMBASE, MEDLINE, Web of Science từ 2013 đến 2018. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu được đưa vào tổng quan tài liệu này là các đánh giá KTYT dựa vào các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng. Y văn chỉ ra rằng còn thiếu các đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa nhằm ước tính chi phí – hiệu quả trung và dài hạn của các can thiệp dự phòng, nâng cao SKTT [1, 4].

Trong tương lai, để triển khai một cách có chất lượng các nghiên cứu đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa thì việc tìm hiểu về đặc điểm kỹ thuật của các mô hình đánh giá KTYT cũng như đánh giá được chất lượng của các nghiên cứu đã thực hiện là hết sức quan

trọng. Do đó, bài báo này tập trung vào trả lời câu hỏi: Các nghiên cứu đánh giá KTYT về các can thiệp dự phòng và nâng cao sức khỏe tâm thần sử dụng kỹ thuật mô hình hóa có đặc điểm như thế nào? Chất lượng của các nghiên cứu này như thế nào? Kết quả nghiên cứu là rất hữu ích nhằm đưa ra các khuyến nghị về việc thực hiện các đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa trong tương lai tại Việt Nam; đồng thời giúp cho các nhà hoạch định chính sách có các cân nhắc trong việc phiên giải kết quả từ các nghiên cứu tương tự.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng tổng quan hệ thống. Phương pháp tổng quan hệ thống được thực hiện dựa trên các hướng dẫn chung của tổ chức Cochrane [5].

Tiêu chí lựa chọn nghiên cứu đưa vào đánh giá được phát triển dựa trên nguyên tắc PICO:

- P (Population): Gồm quần thể nói chung, không giới hạn về đặc điểm của đối tượng.

- I (Intervention): Gồm các can thiệp dự phòng và nâng cao SKTT. Các rối loạn tâm thần gồm trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn về hành vi... theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD10 hoặc các yếu tố nguy cơ được biết đến rộng rãi đối với SKTT (gồm bắt nạt, bạo lực, tự tử).

- C (Comparator): Gồm bất kì nhóm đối chứng nào, kể cả không thực hiện can thiệp gì.

- (Outcome): Gồm bất kì đầu ra nào, điển hình là DALY, QALY, hiệu quả lâm sàng chẳng hạn như điểm số của thang đo trầm cảm.

- Tiêu chí khác: Đánh giá KTYT toàn phần gồm phân tích chi phí-hiệu quả (CEA), phân tích chi phí hữu dụng (CUA) hoặc phân tích chi phí lợi ích (CBA); sử dụng thiết kế mô hình hóa.

Nguồn số liệu: Tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu điện tử (gồm MEDLINE, EMBASE, Econlit, PsycINFO, Web of Science), website của một số tổ chức, danh mục tài liệu tham khảo của các bài báo liên quan.

Chiến lược tìm kiếm: được xây dựng với các từ khóa cơ bản gồm “sức khỏe tâm thần” VÀ “can thiệp dự phòng/nâng cao sức khỏe” VÀ “đánh giá kinh tế y tế” VÀ “mô hình hóa”.

Phương pháp lựa chọn, trích xuất số liệu: Quá trình lựa chọn, loại bỏ nghiên cứu và trích xuất số liệu được thực hiện bởi 2 nghiên cứu viên độc lập, trong trường hợp có sự không đồng thuận tiến hành thảo luận với nghiên cứu viên thứ ba.

Đánh giá chất lượng nghiên cứu: Đánh giá chất lượng các nghiên cứu bằng Bảng kiểm đánh

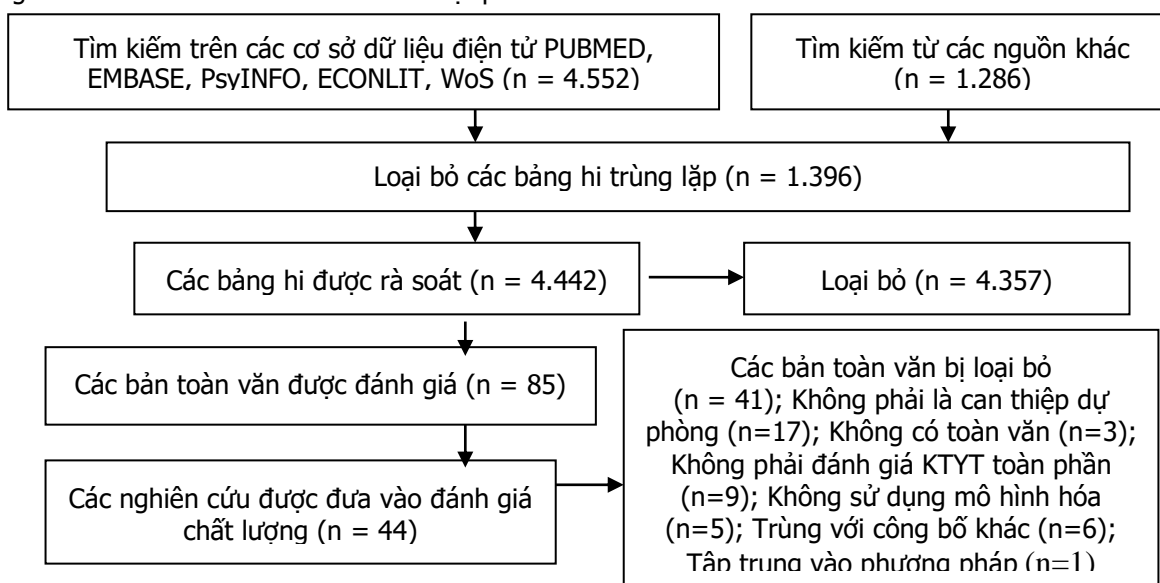
giá chất lượng nghiên cứu sử dụng kỹ thuật mô hình hóa (Bảng kiểm Philips). Với mỗi tiêu chí, có các lựa chọn “có”, “không”, “một phần” hoặc “không áp dụng”. Tiến hành tính toán tỷ lệ hoàn thành các tiêu chí dựa trên nguyên tắc mỗi câu trả lời “có” tương ứng với 1 điểm; “không” tương ứng với 0 điểm; “một phần” tương ứng với 0,5 điểm. Các tiêu chí được đánh giá là “không phù hợp áp dụng” được loại bỏ khỏi việc tính điểm. Điểm chất lượng của nghiên cứu được ước tính bằng số điểm của các câu hỏi “có” và “một phần”

trên tổng số điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và lựa chọn các nghiên cứu đưa vào đánh giá chất lượng

Hình 1 biểu diễn Biểu đồ PRISMA, trong đó tổng số bản ghi được tìm kiếm là 5.838 bản ghi (triển khai tìm kiếm đến 31/12/2020). Hai nghiên cứu viên tiến hành đánh giá độc lập các bản toàn văn này và tổng số nghiên cứu được đưa vào đánh giá chất lượng bao gồm 44 nghiên cứu.



Hình 1: Biểu đồ PRISMA

3.2. Đặc điểm của các nghiên cứu đưa vào đánh giá chất lượng

Các đặc điểm chung về bối cảnh và các can thiệp được đánh giá trong các nghiên cứu đưa vào tổng quan hệ thống này được trình bày tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1: Tóm tắt đặc điểm của các nghiên cứu đưa vào đánh giá chất lượng

Đặc điểm	Tóm tắt các đặc điểm của nghiên cứu đưa vào tổng quan hệ thống
Quốc gia	Hoa Kỳ (n=13); Úc (n=8); Anh (n=7); Hà Lan (n=6); Thụy Điển (n=5); Canada (n=2); Bỉ (n=1); Na Uy (n=1); Sri Lanka (n=1)
Thời gian công bố	2001-2010 (n=5), 2010-2015 (n=20), 2016-2020 (n=19)
Vấn đề SKTT	Trầm cảm (n=11); Rối loạn lo âu (n=4); Rối loạn hành vi (n=3); Rối loạn ăn uống (n=5); Loạn thần khác (n=1); Tự tử (n=9); Bất nạt (n=4); Bạo hành (n=4); Lạm dụng (n=2); yếu tố nguy cơ khác (n=1)
Phương pháp ĐGKTYT *	CUA (n=25); CEA (n=12); CBA (n=9); ROI (n=3)
Đối tượng can thiệp *	Học sinh dưới 10 tuổi (n=8); Học sinh 10-18 tuổi (n=14); Sinh viên >18 tuổi (n=1); VTN/TN ngoài trường học 13-23 tuổi (n=3); Người lớn (n=18); Khách hàng của cơ sở CSSKBĐ/cơ sở y tế (n=8); Cha mẹ (n=4); Người bệnh/người có nguy cơ cao (n=3); Không rõ (n=4)
Loại can thiệp*	Can thiệp dự phòng chỉ định (n=21), Can thiệp dự phòng chọn lọc (n=11); Can thiệp dự phòng phổ quát (n=19)
Đối chứng	Không can thiệp (n=43); Can thiệp khác (n=1)
Góc độ đánh giá*	Toàn xã hội (n=20); Ngành y tế (n=15); Ngành giáo dục (n=5); ngành khác (n=2); Hộ gia đình (n=2); không nêu rõ (n=3); Nhà tuyển dụng (n=1)

*Tổng cộng các can thiệp không bằng 44 do một số nghiên cứu có nhiều hơn một đặc điểm được trình bày.

3.3. Chất lượng của các nghiên cứu. Bảng kiểm Philips là bảng kiểm đặc thù để thẩm định các nghiên cứu đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa với 61 câu hỏi chia thành 3 khía cạnh: (1) cấu trúc mô hình (gồm 24 tiêu chí); (2) Số liệu (gồm 32 tiêu chí); (3) Tính nhất quán (5 tiêu chí). Có một số tiêu chí, 44/44 (100%) số nghiên cứu đáp ứng tiêu chí đề ra. Nhưng ngược

lại cá biệt có một số tiêu chí không có bất kì nghiên cứu nào đáp ứng được. Đây là trường hợp của tiêu chí về lý do không thực hiện hiệu chỉnh mô hình (half-cycle correction). Kết quả chấm điểm chất lượng được tóm tắt trong Bảng 2. Điểm chất lượng các nghiên cứu giao động từ 38% đến 89%. Trung bình chung là 72%. Các nghiên cứu có xu hướng thỏa mãn các tiêu chí về cấu trúc mô hình nhiều hơn (72%) so sánh với điểm số liệu (68%) và tính nhất quán (51%).

Bảng 2: Trung bình điểm chất lượng của các nghiên cứu

	Cấu trúc mô hình	Số liệu	Tính nhất quán	Chất lượng chung
Nhóm nghiên cứu về các vấn đề sức khỏe (n=24)	70%	70%	48%	71%
Trầm cảm (n=11)	75%	74%	45%	73%
Rối loạn lo âu (n=4)	72%	77%	58%	67%
Rối loạn hành vi (n=3)	51%	48%	37%	68%
Rối loạn ăn uống (n=5)	66%	65%	50%	65%
Loạn thần (n=1)	60%	66%	60%	88%
Nhóm nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ (n=20)	75%	66%	54%	65%
Tự tử (n=9)	73%	57%	47%	58%
Bắt nạt (n=4)	78%	78%	55%	73%
Bạo hành (n=4)	70%	63%	50%	75%
Lạm dụng (n=2)	83%	74%	80%	64%
Khác (n=1)	71%	83%	80%	63%
Chung (n=44)	72%	68%	51%	68%

Hơn một nửa số nghiên cứu (29/44) sử dụng mô hình mô phỏng trung bình quần thể với hai thiết kế phổ biến là Markov (n=24). Có tới 15 mô hình không có cấu trúc đặc thù và không báo cáo cụ thể về mô hình. Căn cứ xây dựng cấu trúc mô hình rất đa dạng. 15 trong 25 mô hình Markov có báo cáo chi tiết căn cứ xây dựng cấu trúc mô hình. Trong số 15 mô hình không rõ thiết kế thì chỉ có 5 mô hình nêu ra căn cứ cho cấu trúc mô hình. Chỉ có 5 trong 25 mô hình Markov thực hiện chuẩn hóa mô hình. Chuẩn hóa các giả định và giá trị nội dung cơ bản được thực hiện dựa vào lấy ý kiến góp ý của chuyên gia hoặc thảo luận nhóm. Trong các nghiên cứu mà thiết kế mô hình không được trình bày rõ ràng (n=15), không có bất kì tác giả nào đề cập đến việc chuẩn hóa mô hình.

Thời gian ước tính rất khác nhau từ ngắn nhất là 3 tháng và dài nhất kéo dài cả đời. Có 14/44 mô hình chỉ ước tính trong vòng 5 năm. Trong các mô hình Markov, thời gian chu kỳ (thời gian trong đó cho phép đối tượng dịch chuyển từ 1 trạng thái sang trạng thái khác) phổ biến là 1 năm (15/25 nghiên cứu). Trong số các mô hình Markov (n=25), số lượng các trạng thái

sức khỏe được mô tả trong các mô hình dao động từ 3 đến 8 trạng thái, trong đó phổ biến nhất là các mô hình với 3 trạng thái sức khỏe (n=11).

Cá biệt có 3 mô hình ko tiến hành phân tích và trình bày kết quả phân tích độ nhạy. Còn lại 41/44 nghiên cứu đều có phân tích độ nhạy. Chỉ có 14 nghiên cứu chỉ tiến hành phân tích độ nhạy một chiều. 8 nghiên cứu chỉ tiến hành phân tích độ nhạy xác suất (PSA) và 19 nghiên cứu vừa phân tích độ nhạy một chiều và PSA.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy bức tranh về các đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa về các can thiệp dự phòng và nâng cao SKTT trên toàn cầu. Dù từ năm 2010 đến nay, số lượng nghiên cứu tăng lên một cách đáng kể, nhưng dường như vẫn còn tương đối hạn chế so với các chủ đề khác. Bên cạnh đó, hầu như toàn bộ các nghiên cứu đều được thực hiện ở các quốc gia phát triển khiến bằng chứng tại các nước có thu nhập thấp hơn là hạn chế.

Tồn tại sự khác biệt rất lớn về phương pháp thực hiện các đánh giá KTYT của 44 nghiên cứu được đưa vào tổng quan. Chúng tôi đã sử dụng

Bảng kiểm Phillips dành riêng cho việc thẩm định các nghiên cứu sử dụng kỹ thuật mô hình hóa. So sánh với các bảng kiểm khác, thì bảng kiểm Philips có các tiêu chí tương đối chặt chẽ với các đặc điểm kỹ thuật của mô hình. Tổng số tiêu chí lên đến 61 tiêu chí bao phủ 3 nội dung về cấu trúc, số liệu và tính nhất quán. Đó là lý do phần nào lý giải điểm trung bình chất lượng của các nghiên cứu chỉ ở mức chung là 72%, dao động từ 36% đến 89%. Như vậy, có sự khác biệt tương đối lớn về chất lượng của bản thân các mô hình cũng như cách thức báo cáo kết quả của các tác giả. Sự khác biệt về phương pháp cũng như chất lượng tiến hành và báo cáo của nghiên cứu có thể được làm rõ qua các luận điểm sau.

Thứ nhất, vẫn còn 7/44 nghiên cứu mô hình hóa trong thời gian 1 năm, cá biệt vẫn có nghiên cứu có khung thời gian là 3 tháng. Thứ hai, vẫn còn gần một nửa (20/44 nghiên cứu) số nghiên cứu còn lại không rõ về loại thiết kế mô hình sử dụng. Trong số các mô hình Markov thì căn cứ xây dựng cấu trúc mô hình với các trạng thái sức khỏe khác nhau cũng rất đa dạng, chu kỳ Markov cũng dao động từ 4 tuần đến 1 năm. Kể cả trong các nghiên cứu sử dụng mô hình Markov thì vẫn có đến 10 nghiên cứu không báo cáo về căn cứ và lý giải cho việc hình thành cấu trúc mô hình. Việc chuẩn hóa mô hình cũng rất hạn chế. Thứ ba, phân tích độ nhạy là một trong các cấu phần không thể thiếu của các nghiên cứu mô hình hóa. Tuy nhiên vẫn có 3 nghiên cứu không triển khai phân tích độ nhạy và 14 nghiên cứu chỉ tiến hành phân tích độ nhạy một chiều. Thứ tư, có 3 nhóm giả định quan trọng và phổ biến của các mô hình nhằm ước tính chi phí – hiệu quả trung và dài hạn được chỉ ra: 19/44 nghiên cứu phải sử dụng hiệu lực của can thiệp được đo lường bằng đầu ra trung gian như các thang đo triệu chứng lâm sàng, tự báo cáo của đối tượng về hành vi thay vì các đơn vị đo lường đầu ra cuối cùng như tỷ lệ hiện mắc, mới mắc hay tử vong; 18/44 nghiên cứu phải đưa ra các giả định khác nhau liên quan đến thời gian kéo dài hiệu lực can thiệp; 8/44 nghiên cứu phải đưa ra các giả định về việc can thiệp phải lặp lại trong thời gian dài để hiệu quả của can thiệp được duy trì và ước tính được hiệu quả dài hạn. Mặc số một số giả định đã được đưa vào đánh giá trong các phân tích tính không chắc chắn, nhưng phần lớn các giả định này chưa được chuẩn hóa để xem xét sự phù hợp và ảnh hưởng của các giả định này đối với kết quả.

Ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá chất lượng các

đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa để trả lời câu hỏi liên quan đến thiết kế của các mô hình. Các nghiên cứu được đưa vào đánh giá được xác định dựa trên phương pháp tổng quan hệ thống một cách bài bản. với sự tham gia độc lập của 2 nghiên cứu viên trong quá trình rà soát, thẩm định chất lượng nghiên cứu. Chúng tôi cũng đã áp dụng Bảng kiểm Philips (61 tiêu chí). Đây là bảng kiểm được nhiều tổ chức khuyến cáo áp dụng để thẩm định một cách kỹ lưỡng chất lượng của các nghiên cứu đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa. Hạn chế của nghiên cứu này nằm ở chỗ nghiên cứu viên chỉ đưa vào đánh giá các nghiên cứu đã được công bố và là các bài báo được đăng tải trên các tạp chí có peer-review, toàn bộ các nghiên cứu dưới dạng giới thiệu, tổng quan (editorial review, policy review) cũng như cá nhân chưa được công bố chính thức không được lựa chọn vào nghiên cứu tổng quan hệ thống này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng đáng kể các nghiên cứu đánh giá KTYT sử dụng kỹ thuật mô hình hóa về các can thiệp dự phòng và nâng cao sức khỏe tâm thần trong vòng 10 năm trở lại đây, giúp cung cấp các bằng chứng về tính chi phí-hiệu quả trung và dài hạn của các can thiệp. Chất lượng và phương pháp mô hình hóa có sự biến thiên rất lớn giữa các nghiên cứu tạo ra khó khăn cho việc tổng hợp và phiên giải kết quả. Chất lượng của các nghiên cứu cần tiếp tục cải thiện trong tương lai, đặc biệt liên quan đến chuẩn hóa cấu trúc, giả định của mô hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McDaid, D., A.-L. Park, and K. Wahlbeck,** The economic case for the prevention of mental illness. *Annual review of public health*, 2019. 40: p. 373-389.
2. **McDaid, D., E. Hewlett, and A.-L. Park,** Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness. 2017.
3. **Thomas, S., et al.,** Promoting mental health and preventing mental illness in general practice. *London journal of primary care*, 2016. 8(1): p. 3-9.
4. **Schmidt, M., et al.,** Universal mental health interventions for children and adolescents: a systematic review of health economic evaluations. *Applied health economics and health policy*, 2019: p. 1-21.
5. **Higgins, J.P.T., et al.,** *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2019: John Wiley & Sons.
6. **Thielen, F.W., et al.,** How to prepare a systematic review of economic evaluations for clinical practice guidelines: database selection and search strategy development (part 2/3). *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 2016. 16(6): p. 705-721.

7. **van Mastrigt, G.A.P.G., et al.**, How to prepare a systematic review of economic evaluations for informing evidence-based healthcare decisions: a five-step approach (part 1/3). *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2016. 16(6): p. 689-704.
8. **Wijnen, B.F.M., et al.**, How to prepare a systematic review of economic evaluations for informing evidence-based healthcare decisions: data extraction, risk of bias, and transferability (part 3/3). *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 2016. 16(6): p. 723-732.
9. **Huang, Y.L., et al.**, A systematic review on cost effectiveness of HIV prevention interventions in the United States. *Appl Health Econ Health Policy*, 2015. 13(2): p. 149-56.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA VẬN TỐC SÓNG MẠCH (PULSE WAVE VELOCITY-PWV) VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH BẰNG THANG ĐIỂM SYNTAX Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

Nguyễn Đình Linh¹, Hồ Thị Kim Ngân¹, Trần Đức Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa PWV với một số yếu tố nguy cơ (YTNC) và mức độ tổn thương động mạch vành (ĐMV) bằng thang điểm SYNTAX ở bệnh nhân (BN) bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (BTTMCBMT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nhóm bệnh gồm 60 người bị BTTMCBMT được chẩn đoán xác định bằng phương pháp chụp ĐMV qua da có hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch, đánh giá mức độ tổn thương ĐMV bằng thang điểm SYNTAX và nhóm chứng gồm 33 người nghi ngờ bị BTTMCBMT nhưng chụp ĐMV không tổn thương. Cả 2 nhóm đều được đo PWV. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm BTTMCBMT và nhóm chứng tương ứng là: $67,05 \pm 12,04$ và $67,67 \pm 6,80$ năm, $p > 0,05$. PWV của nhóm BTTMCBMT ($15,90 \pm 1,49$ m/s) cao hơn nhóm chứng ($13,32 \pm 1,98$ m/s), $p < 0,05$. Có sự tương quan mức độ vừa giữa PWV với điểm SYNTAX ($r = 0,477$; $p < 0,05$). Điểm cắt của PWV để dự báo tổn thương ĐMV là 14,45 m/s. **Kết luận:** PWV ở nhóm BTTMCBMT cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa. PWV có tương quan mức độ vừa với điểm SYNTAX. Điểm cắt của PWV để dự báo tổn thương ĐMV là 14,45 m/s.

Từ khóa: Vận tốc lan truyền sóng mạch, Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, điểm SYNTAX.

SUMMARY

RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN PULSE WAVE VELOCITY-PWV WITH SOME RISK FACTORS, SEVERITY OF CORONARY ARTERY LESIONS ASSESSED BY SYNTAX SCORE IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2022

Ngày duyệt bài: 18.01.2022

Objectives: To find out the relationship between PWV with some risk factors, severity of coronary artery lesions assessed by SYNTAX score in patients with chronic ischemic heart disease (CIHD). **Subjects and methods:** This cross-sectional study. The patient group included 60 patients with CIHD (defined as angiographic percent diameter stenosis $\geq 50\%$). The control group included 33 patients had normal coronary angiography, who underwent PWV measurement at Cardiovascular Center, 103 Military Hospital from November 2020 to April 2021. **Results:** The average age of the control group and the CIHD group was $67,05 \pm 12,04$ and $67,67 \pm 6,80$, respectively. The mean PWV of CIHD group ($15,90 \pm 1,49$ m/s) was higher than control group ($13,32 \pm 1,98$ m/s), $p < 0,05$. There were moderate correlations between PWV and SYNTAX score ($r = 0,477$; $p < 0,05$). The cut-off value of PWV to predict of coronary artery stenosis was 14,45 m/s, sensitivity of 86,0%, specificity 66,67%, $p < 0,05$. **Conclusion:** The mean PWV of CIHD group was higher than control group. There were moderate correlations between PWV and SYNTAX score. The cut-off value of PWV to predict of coronary artery stenosis was 14,45 m/s.

Keywords: Pulse Wave Velocity, Chronic Ischemic Heart Disease, SYNTAX score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong trên toàn cầu. Theo nghiên cứu gánh nặng bệnh toàn cầu 2016, ước tính rằng bệnh tim thiếu máu cục bộ làm 8,9 triệu người tử vong [1]. Trong hầu hết các trường hợp, nguyên nhân là vữa xơ động mạch. Các yếu tố nguy cơ góp phần hình thành và phát triển vữa xơ động mạch (VXĐM) là tuổi cao, giới nam, hút thuốc lá, béo phì, tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid (RLLP) máu. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng nặng nề. Do vậy, cần phát hiện VXĐM ở giai đoạn sớm, thậm chí khi các mảng vữa xơ chưa hình thành gây hẹp