

nhập tủy xương ($p = 0,041$).

V. KẾT LUẬN

DLBCL chiếm tỉ lệ cao nhất trong các phân nhóm u lympho. Tỉ lệ xâm nhập tủy xương là 64,8%. U lympho tế bào B độ ác thấp có tỉ lệ xâm nhập tủy xương cao hơn u lympho tế bào B độ ác cao. Tỉ lệ xâm nhập tủy của BL và LPL/WM là cao nhất. Hình thái xâm nhập lan tỏa thường gặp nhất. Một số trường hợp hình thái mô học không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Thiếu máu là đặc điểm thường gặp nhất ở các trường hợp ảnh hưởng huyết đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bassig B. A., Au W.-Y., Mang O. et al. (2016), "Subtype-specific incidence rates of lymphoid malignancies in Hong Kong compared to the United States, 2001-2010", *Cancer epidemiology*. 42 (1), pp. 15-23.
2. Morton L. M., Wang S. S., Devesa S. S. et al. (2006), "Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001", *Blood*. 107 (1), pp. 265-276.
3. Lambertenghi-Delilieri G., Annaloro C., Soligo D. et al. (1992), "Incidence and histological features of bone marrow involvement in malignant lymphomas", *Annals of hematology*. 65 (2), pp. 61-65.
4. Kumar S., Rau A. R., Naik R. et al. (2009), "Bone marrow biopsy in non-Hodgkin lymphoma: a morphological study", *Indian Journal of pathology and microbiology*. 52 (3), pp. 332.
5. Hassan K., Ikram N., Bukhari K. P. et al. (1995), "The Pattern of Bone Marrow Infiltration in Non-Hodgkin's Lymphomas", .
6. Arber D. A., George T. I. (2005), "Bone marrow biopsy involvement by non-Hodgkin's lymphoma: frequency of lymphoma types, patterns, blood involvement, and discordance with other sites in 450 specimens", *The American journal of surgical pathology*. 29 (12), pp. 1549-1557.
7. Yao Z., Deng L., Xu-Monette Z. Y. et al. (2018), "Concordant bone marrow involvement of diffuse large B-cell lymphoma represents a distinct clinical and biological entity in the era of immunotherapy", *Leukemia*. 32 (2), pp. 353-363.
8. L.H S., D.W S., M C. et al. (2011), "Impact of concordant and discordant bone marrow involvement on outcome in diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP", *J clin oncol*. 29 (11), pp. 1452-1457.

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG SUY THẬN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Lê Thị Huế¹, Lê Thị Phượng²

TÓM TẮT

Điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người trưởng thành khá phức tạp và thường gặp nhiều biến chứng. Suy thận là một trong những biến chứng thường gặp nếu không tuân thủ điều trị hợp lý và đáp ứng bệnh kém. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành và phân tích một số yếu tố liên quan biến chứng suy thận ở đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm thận- tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022, trên bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành. Với thiết kế nghiên cứu cắt ngang, cách chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi đã tiến hành thu thập và phân tích số liệu và kết quả cho thấy: Trong số 122 bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát có 24,6% bệnh nhân có suy thận cấp, 12,3% bệnh nhân có suy thận mạn và 63,1% bệnh nhân không suy thận. Khi phân tích một số yếu tố liên

quan đến biến chứng suy thận, kết quả cho thấy tỷ lệ suy thận thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh ≥ 2 tháng, đã điều trị đặc hiệu bằng corticoid, cyclosporin. Trong 41 bệnh nhân đã có kết quả giải phẫu bệnh, tỷ lệ suy thận ở nhóm bệnh nhân viêm cầu thận màng là 2/2, xơ cầu thận ổ cục bộ (FSGS- Focal segmental glomerulosclerosis) là 2/8 và bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu (MCD- minimal change disease) là 5/21. Như vậy vấn đề điều trị đặc hiệu, đặc điểm giải phẫu bệnh, và thời gian phát hiện bệnh ảnh hưởng nhiều đến biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư người trưởng thành.

Từ khóa: Hội chứng thận hư, suy thận, MMF (mycophenolate mofetil), FSGS, Cyclosporin, thể giải phẫu bệnh.

SUMMARY

SURVEY OF RENAL FAILURE COMPLICATION AT ADULT PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME

Treatment of adult primary nephrotic syndrome is complex and often has many complications. Renal failure is one of the common complications if proper treatment is not followed and the disease response is poor. We carried out this study to investigate the rate of renal failure complications in adult primary nephrotic syndrome and analyze some factors related to renal failure complications in the study subjects.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Thận – Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Huế

Email: huelt1@hongngochospital.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

The study was carried out at the center of nephrology, urology and dialysis, Bach Mai hospital, from November 2021 to June 2022, on adult primary nephrotic syndrome patients. With a cross-sectional study design, convenient sampling, we collected and analyzed data and the results showed that 24.6% of patients had acute renal failure, 12.3% of patients had acute renal failure. chronic renal failure and 63.1% of patients without renal failure. When analyzing a number of factors related to complications of renal failure, the results showed that the rate of renal failure was lower in the group of patients with disease detection time ≥ 2 months and had been treated specifically with corticosteroids, cyclosporin. In 41 patients with pathologic results, the rate of renal failure in the group of patients with membranous glomerulonephritis was 2/2, focal glomerulosclerosis (FSGS) was 2/8 and minimal change glomerular disease. (MCD) is 5/21. Thus, specific treatment, pathologic features, and time of disease detection greatly affect renal failure complications in adult nephrotic syndrome patients.

Keywords: Nephrotic syndrome, renal failure, MMF (mycophenolate mofetil), FSGS, Cyclosporin, pathophysiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư có thể gây ra rất nhiều biến chứng, trong đó biến chứng suy thận khá thường gặp ở người trưởng thành. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Thúy, năm 1996 tỷ lệ suy thận cấp ở hội chứng thận hư tiên phát trẻ em là 6,09%.¹ Theo nghiên cứu của Lê Văn Bình năm 2010, tại trung tâm thận tiết niệu bệnh viện Bạch Mai trên bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát cho thấy biến chứng có suy thận cấp và suy thận mạn ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành lần lượt là 37% và 13%.² Theo nghiên cứu của Chen T năm 2011 thì suy thận cấp chiếm 34%.³ Các nghiên cứu về biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành trong nước còn khá là ít, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu.

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm:

- *Khảo sát tỷ lệ biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng nguyên phát người trưởng thành tại trung tâm thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022.*

- *Phân tích một số yếu tố liên quan liên quan giữa điều trị đặc hiệu và biến chứng suy thận ở nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2. Cách chọn mẫu: Thuận tiện.

3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022.

4. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm thận-

tiết niệu lọc máu bệnh viện Bạch Mai.

5. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tuổi > 16

+ được chẩn đoán hội chứng thận hư.⁴

Bao gồm⁴

(1) Phù.

(2) Protein niệu > 3,5 g/24h/1,73m² diện tích bề mặt cơ thể.

(3) Protein máu < 60g/l, albumin máu < 30g/l.

(4) Cholesterol máu lớn hơn hoặc bằng 6,5mmol/l.

(5) Có hạt mỡ lưỡng chiết, trụ mỡ trong nước tiểu.

Trong đó tiêu chuẩn (2) và (3) là tiêu chuẩn bắt buộc, tiêu chuẩn khác có thể có hoặc không.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các nguyên nhân thứ phát khác của hội chứng thận hư.⁵

- Bệnh lý di truyền: bệnh hồng cầu hình liềm, hội chứng Alport, sốt địa trung hải có tính chất gia đình, bẩm sinh.

- Bệnh lý chuyển hóa: Đái tháo đường, bệnh thận thoái hóa bột..

- Bệnh lý tự miễn: Schonlein- Henoch, lupus ban đỏ hệ thống...

- Các bệnh ác tính: ung thư phổi, vú, đại tràng, dạ dày, đa u tủy xương, leucemia, u lympho...

- Các bệnh nhiễm trùng: vi khuẩn (lao, giang mai, viêm nội tâm mạc), virus (viêm gan B, C, virus HIV), ký sinh trùng (sốt rét, sán máng).

- Các nguyên nhân khác như: thuốc, độc tố, có thai, thai ghép...

6. Các biến số và cách chẩn đoán suy thận.

a. Chẩn đoán suy thận mạn:

Chẩn đoán CKD(Bệnh thận mạn).⁶

- Định nghĩa: CKD⁶ là bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận tồn tại trên 3 tháng, ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

- Chẩn đoán CKD dựa vào một trong hai tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: Một hoặc nhiều dấu hiệu tổn thương thận sau đây:

+ Albumin niệu 24 giờ ≥ 30 mg, ACR (tỷ lệ albumin/Creatinin niệu) ≥ 30 mg/g.

+ Cặn lắng nước tiểu bất thường.

+ Bất thường điện giải và các bất thường khác do nguyên nhân rối loạn chức năng ống thận.

+ Bất thường về mô bệnh học thận.

+ Bất thường cấu trúc được phát hiện trên các chẩn đoán hình ảnh.

+ Tiền sử ghép thận.

Tiêu chuẩn 2: GFR (Glomerular filtration rate) < 60 ml/min/1.73m²

Công thức tính GFR qua nồng độ creatinin

huyết thanh (tính bằng công thức Cockcroft Gault):
 $GFR (ml/ph/1,73m^2) = (140 - \text{tuổi}) \times W \times k :$
 (0,814 x Nồng độ creatinine máu).

Trong đó: + Tuổi tính bằng năm.

+ W là trọng lượng cơ thể tính bằng kg.

+ Nồng độ creatinine máu tính bằng micromol/l.

+ Hệ số k = 1 đối với nam và k = 0,85 đối với nữ.

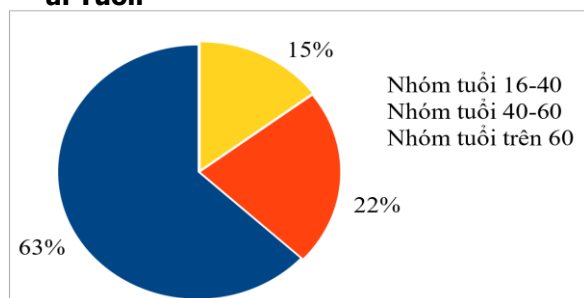
b.Chẩn đoán suy thận cấp khi: mức lọc cầu thận < 60ml/phút. Suy thận cấp được đặt ra khi tốc độ gia tăng nồng độ creatinin huyết thanh > 45µmol/l trong khoảng thời gian 24 giờ.⁷

c.Các biến số. Tại thời điểm nghiên cứu, những đối tượng trên 16 tuổi, được chẩn đoán hội chứng thận hư nguyên phát sẽ được đưa vào nghiên cứu. Trên mẫu cắt ngang ta sẽ thu thập các số liệu về tuổi, giới, các thuốc điều trị đặc hiệu và đánh tình trạng suy thận ở đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

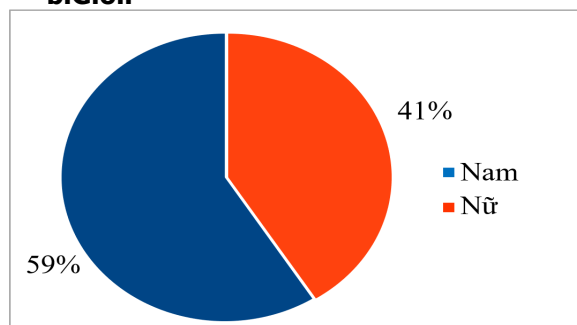
1.Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu.

a. Tuổi.



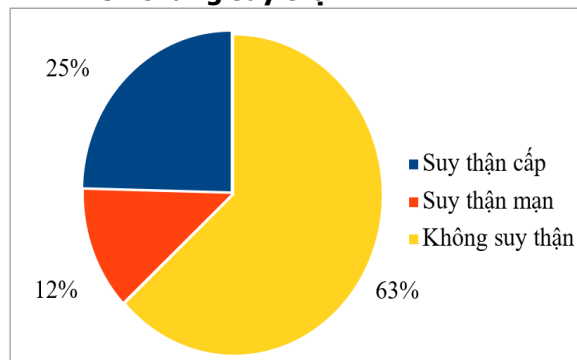
Nhận xét: Trên đối tượng nghiên cứu thì độ tuổi từ 16 đến 40 là cao nhất (chiếm 63,1%).

b.Giới.



Nhận xét: Ở nhóm đối tượng nghiên cứu, Nam chiếm tỷ lệ cao hơn (59%),

2.Biến chứng suy thận.



Nhận xét: Trên nhóm đối tượng nghiên cứu có 24,6% bệnh nhân có suy thận cấp, 12,3% bệnh nhân có suy thận mạn và có 63,1% bệnh nhân không suy thận.

3. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng suy thận.

Đặc điểm		Suy thận		P(chi-square test)	Hồi qui Logistic đơn biến	
		Có suy thận n(%)	Không suy thận n(%)		OR (95%CI)	P (wald test)
Thời gian phát hiện	Mới phát hiện	13(46,4)	15(53,6)	0,01	1	
	< 2 tháng	12(60)	8(40)		0,427(0,173-1,054)	0,43
	≥ 2 tháng	20(27)	54(73)		0,247(0,88-0,692)	0,01
Điều trị đặc hiệu	Chưa điều trị đặc hiệu	20(51,3)	19(48,7)	0,02	1	
	Đã điều trị corticoid	19(37,3)	32(62,7)		0,219(0,074-0,65)	0,01
	Đã điều trị corticoid và thuốc ỨCMD (ức chế miễn dịch)	6(18,8)	26(81,3)		0,389(0,136-1,115)	0,08
MMF	Đã dùng	1(9,1)	10(90,9)	0,05	1	
	Chưa dùng	44(39,6)	67(60,4)		6,567(0,812-53,122)	0,08
Cyclosporin	Đã dùng	4(16,7)	20(83,3)	0,02	1	
	Chưa dùng	41(41,8)	57(58,2)		3,596(1,143-	0,03

					11,314)	
Azathioprin	Đã dùng	0(0)	3(100)	0,18		
	Chưa dùng	45(37,8)	74(62,2)			
Cyclophospamid	Đã dùng	2(50)	2(50)	0,58		
	Chưa dùng	43(36,4)	75(63,6)			
Thể giải phẫu bệnh	MCD	5(23,8)	16(76,2)	0,03		
	FSGS	2(25)	6(75)			
	Viêm cầu thận màng	2(50)	2(50)			
	Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch	0(0)	5(100)			

Nhận xét:

• Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và thời gian phát hiện bệnh. Nguy cơ suy thận ở nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 2 tháng gấp thấp so với nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh, tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Nguy cơ suy thận ở nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh ≥ 2 tháng thấp hơn so với nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

• Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và điều trị đặc hiệu. Nguy cơ suy thận ở nhóm bệnh nhân đã điều trị corticoid gấp thấp hơn so với nhóm bệnh nhân chưa điều trị đặc hiệu, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Nguy cơ suy thận ở nhóm bệnh nhân đã dùng corticoid cả thuốc ức chế miễn dịch thấp hơn so với nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh, tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

• Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và việc dùng MMF. Nguy cơ suy thận ở nhóm bệnh nhân chưa dùng MMF gấp 6,567 lần so với nhóm bệnh nhân đã dùng MMF, tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

• Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và việc dùng cyclosporin. Nguy cơ suy thận ở nhóm bệnh nhân chưa dùng cyclosporin gấp 6,567 lần so với nhóm bệnh nhân đã dùng cyclosporin, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

• Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và việc dùng Azathioprin.

• Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và việc Cyclophosphamid.

• Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) giữa tỷ lệ suy thận và thể giải phẫu bệnh. Trong 41 bệnh nhân đã làm giải phẫu bệnh 5/21 MCD có suy thận, 2/8 FSGS có suy thận, 2/4 viêm cầu thận màng có suy thận và 0/5 viêm cầu

thận tăng sinh gian mạch có suy thận.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nhóm đối tượng nghiên cứu gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu gặp ở người trẻ tuổi (độ tuổi từ 16 đến 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 63,1%). Giới nam nhiều hơn giới nữ (chiếm 59%), nhưng không có sự khác biệt nhiều. Kết quả này tương tự với nhận xét của rất nhiều tác giả về hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành. Ví dụ như theo nghiên cứu của Lê Văn Bình, Đỗ Gia Tuyền về hội chứng nguyên phát người trưởng thành, đối tượng nghiên cứu cũng gặp nhiều hơn ở người trẻ tuổi (độ tuổi 16-26 chiếm 45,2%, nam chiếm 56%), không có sự khác biệt giữa 2 giới. Theo Đỗ Gia Tuyền tỷ lệ độ tuổi từ 16-26 chiếm 63,6%^{2,7}.

2. Biểu chứng suy thận cấp ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành gặp nhiều tỷ lệ khác nhau ở các nghiên cứu khác nhau, dao động trong khoảng từ 16,7% đến 37%. Như vậy kết quả nghiên cứu cũng nằm trong khoảng này, không có sự khác biệt nhiều so với đa số các nghiên cứu trong ngoài nước.^{2,7,8}

3. Kết quả cho thấy ở nhóm bệnh nhân đã điều trị đặc hiệu điều trị corticoid, cyclosporin tỷ lệ suy thận thấp hơn so với nhóm bệnh nhân chưa điều trị đặc hiệu. Tỷ lệ suy thận thấp hơn ở nhóm có thời gian phát hiện bệnh ≥ 2 tháng so với nhóm mới phát hiện bệnh. Đối với bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành điều trị phác đồ corticoid, nếu có đáp ứng thì sau 2 tháng các triệu chứng sẽ thuyên giảm. Như vậy vấn đề về điều trị đặc hiệu (thuốc ức chế miễn dịch và corticoid) ảnh hưởng nhiều đến biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành. Nghiên cứu giúp khẳng định thêm sự quan trọng của việc điều trị đặc hiệu đến sự xuất hiện biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư.

4. Trong 41 đối tượng nghiên cứu có thể giải phẫu bệnh. Ở nhóm bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là viêm cầu thận màng có tỷ lệ suy thận

cao nhất (2/4), đến nhóm có thể giải phẫu bệnh FSGS (2/8) và MCD (23,8%). Theo nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn năm 2015.⁹ Tỷ lệ suy thận ở nhóm có giải phẫu bệnh FSGS là 72%, MCD 24%, viêm cầu thận màng và viêm cầu thận màng tăng sinh là 23,1%. Dù có có sự khác biệt nhưng 2 nghiên cứu đều cho thấy biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát có thể gặp ở bất cứ thể giải phẫu bệnh nào, thể MCD có biến chứng suy thận tương đồng nhau ở 2 nghiên cứu. Có lẽ chúng tôi cần có một nghiên cứu chuyên sâu hơn đánh giá về mối liên quan giữa thể giải phẫu bệnh và suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư người trưởng thành.

V. KẾT LUẬN

-Hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng độ tuổi từ 16 đến 40 là cao nhất chiếm tỷ lệ cao nhất (63,1%). Tỷ lệ nam giới lớn hơn nữ giới.

-Trên đối tượng nghiên cứu có 24,6% bệnh nhân có suy thận cấp, 12,3% bệnh nhân có suy thận mạn và có 63,1% bệnh nhân không suy thận.

-Một số yếu tố như thể giải phẫu bệnh, điều trị đặc hiệu, thời gian phát hiện bệnh có liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành. Cụ thể là tỷ lệ suy thận sẽ thấp hơn ở nhóm bệnh nhân đã điều trị corticoid, điều trị cyclosporin, thời gian phát hiện bệnh trên ≥ 2 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thúy NTD.** Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và sinh học của suy thận cấp trong hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em. Luận án thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội. 1996.
2. **Bình LV.** Nghiên cứu một số biến chứng ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành điều trị tại khoa thận tiết niệu bệnh viện Bạch Mai. 2010.
3. **Chen T, Lv Y, Lin F, Zhu J.** Acute kidney injury in adult idiopathic nephrotic syndrome. Renal failure. 2011;33(2):144-149.
4. **Tapia C, Bashir K.** Nephrotic Syndrome. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021.
5. **An NTM.** Bài giảng bệnh học nội khoa tập 1. 2004.
6. **Clinical Practice** Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease - KDIGO. 2012.
7. **Tuyển ĐG.** Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng, sinh hóa, mô bệnh học của suy thận cấp trong hội chứng thận hư tiên phát người lớn. Luận văn bác sĩ nội trú y khoa, đại học Y Hà Nội. 1998.
8. **Grcevska L, Polenaković M.** Minor degree of reversible renal insufficiency: a frequent complication of adult minimal-change nephrotic syndrome. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association. 1992;7(5):406-411.
9. **Tuấn HA.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát điều trị tại khoa thận tiết niệu bệnh viện Bạch mai. Luận văn bác sĩ nội trú. 2015.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ - HIỆU QUẢ VIỆC SỬ DỤNG BUDESONIDE/FORMOTEROL Ở NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG TẠI VIỆT NAM

Gihan Hamdy El-sisi¹, Vũ Văn Thành², Nguyễn Thị Thủy²,
Trần Thị Ngọc Vân³, Nhan Trí Phát³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá chi phí - hiệu quả của phác đồ Budesonide/Formoterol duy trì và cắt cơn trong cùng một ống hít (liệu pháp SMART) so sánh với phác đồ Salmeterol/Fluticasone kèm Salbutamol khi cần trong điều trị hen phế quản mức

độ trung bình đến nặng trên quan điểm của cơ quan chi trả tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô hình Markov được lựa chọn để phân tích chi phí - hiệu quả, bao gồm hai kịch bản đánh giá liệu pháp SMART so sánh với Salmeterol/Fluticasone hàm lượng 25/125 μ g và 25/250 μ g kèm Salbutamol khi cần. Dữ liệu về hiệu quả lâm sàng được thu thập từ một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp. Dữ liệu về chi phí được thu thập từ nghiên cứu gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam và từ trang điện tử của Cục Quản lý Dược. Phân tích độ nhạy một chiều và độ nhạy xác suất được thực hiện nhằm đánh giá tính chắc chắn của mô hình. **Kết quả:** Budesonide/Formoterol duy trì và cắt cơn trong cùng một ống hít (SMART) đạt vượt trội so với phác đồ so sánh, giúp gia tăng 0,005 QALYs ở cả hai kịch bản và giúp giảm lần lượt 209,5

¹American University in Cairo

²Bệnh viện Phổi Trung Ương

³AstraZeneca Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Gihan Hamdy El-sisi

Email: gihan-elsisi@htaoffice.com

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022