

trường hợp nào giảm tiểu cầu [7].

Các nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh vai trò tăng cường miễn dịch của cao UP1 có sự tham gia của các yếu tố như polysaccharid trong Đảng sâm với vai trò kích hoạt đại thực bào, thúc đẩy sản sinh IL-1; saponin trong Đảng sâm giúp nâng cao hàm lượng AMPc và GMPc là hai yếu tố có tác dụng ức chế sự sinh trưởng tế bào ung thư, thúc đẩy sản sinh IL-2, tăng cường hoạt tính của tế bào giết tự nhiên NK và tế bào giết lympho bào hoạt hóa LKA; saponin trong Cam thảo thúc đẩy tế bào lympho bài tiết IFN γ ; sanchican A của Tam thất và polysaccharid trong Cam thảo kích hoạt hệ võng nội mô. Các thành phần trên bên cạnh vai trò kích thích miễn dịch còn có tác dụng thúc đẩy chức năng của các lympho bào và tế bào tai máu, kích thích tăng tạo tế bào máu trong đó đặc biệt là tăng sinh dòng bạch cầu, hỗ trợ rất tốt trên những bệnh nhân ung thư bị giảm bạch cầu trong sau hóa trị [2],[5].

V. KẾT LUẬN

Cao UP1 có tác dụng làm giảm các tác dụng

không mong muốn của hóa trị: buồn nôn, nôn trên lâm sàng; giảm bạch cầu trên cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu** (2008). Ung thư phổi, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 51 - 57, 76 - 96, 200 - 218.
2. **Trần Huệ Thâm, Lê Trang Vỹ, Trần Chí Kiên** (2006). Quan sát lâm sàng 320 bệnh nhân UTP KTBN giai đoạn giữa và cuối điều trị bằng Tiên ngư thang, Tạp san Trung y dược học, quyển 24 kỳ 2, 200-201
3. **Trotti A., Colevas A.D., Setser A. et al** (2003). CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. Semin Radiat Oncol., 13(3), 176-181.
4. **Nguyễn Bá Đức** (2004). Ung thư phổi. Hoá chất điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 64 - 70, 289 - 397.
5. **Châu Đại Hàn** (1997). Kinh nghiệm điều trị ung thư, Nhà xuất bản Y tế Nhân dân, 135 - 185.
6. **Bộ Y tế** (2009). Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ tư, Nhà xuất bản Y học, 926-927.
7. **Lê Thu Hà** (2009). Đánh giá hiệu quả phác đồ Parlitacel - Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIIB - IV tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 13 (6), 34-39.

SO SÁNH HIỆU QUẢ LẤY HUYẾT KHỐI Ở ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN VÀ ĐỘNG MẠCH LỚN THUỘC TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC

Đỗ Đức Thuần¹, Phạm Ngọc Thảo², Đặng Phúc Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu lâm sàng và kết quả lấy huyết khối cơ học cho tắc động mạch thân nền (BAO) so với tắc động mạch lớn thuộc tuần hoàn não trước (ACLVO): **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, có so sánh 37 bệnh nhân BAO và 198 bệnh nhân tắc động mạch lớn thuộc tuần hoàn não trước, từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2022. **Kết quả:** nhóm BAO có NIHSS $19 \pm 9,43$, thời gian từ lúc khởi phát đến khi được chọc động mạch đùi là 316 ± 38 phút, tỷ lệ tái thông TIC1 2b-3 là 83,78%, mRS (0-3) sau 3 tháng là 35,13%. Nhóm ACLVO có số liệu tương ứng là: $14,57 \pm 6,11$ điểm, 261 ± 49 phút, 88,89% và mRS (0-3) sau 3 tháng là 58,58%. **Kết luận:** Lấy huyết khối BAO cho tỷ lệ tái thông như ACLVO, nhưng kết quả hồi phục kém hơn do thời gian được can thiệp muộn hơn và lâm sàng nặng hơn.

Từ khóa: động mạch thân nền, nhồi máu não, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, tắc động mạch não.

SUMMARY

COMPARISONING EFFECTS OF MECHANICAL THROMBECTOMY FOR BASILAR ARTERY OCCLUSION WITH THE ANTERIOR CIRCULATION LARGE VESSEL OCCLUSION

Objective: to study the clinical and results of mechanical thrombectomy for basilar artery occlusion (BAO) compared with anterior circulation large artery occlusion (ACLVO): **Subjects and methods:** a prospective study. A cross-sectional, cross-sectional study comparing 37 patients with BAO and 198 ACLVO, from August 2019 to September 2022. **Result:** BAO group had NIHSS 19 ± 9.43 , time from onset to femoral artery puncture was 316 ± 38 minutes, TIC1 2b-3 recanalization rate was 83.78%, mRS (0-3) after 3 months was 35.13%. The ACLVO group had data: 14.57 ± 6.11 points, 261 ± 49 minutes, 88.89% and the mRS (0-3) after 3 months was 58.58%. **Conclusion:** performing mechanical thrombectomy in patients with BAO had the same recanalization rate as ACLVO, but the outcome was poorer due to the later intervention time and the clinical severity.

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

Keywords: basilar artery, cerebral infarction, mechanical thrombectomy, cerebral artery occlusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân chính gây tàn phế trên toàn thế giới, trong đó nhồi máu não chiếm 85%. Tắc động mạch thân nền chiếm 1% đến 4% tổng số bệnh nhân nhồi máu não [5]. Nếu nhồi máu não do tắc BA không được điều trị kịp thời tỷ lệ tử vong lên đến 86% [6]. Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch là phương pháp lựa chọn ưu tiên cho nhồi máu não trong 4,5 giờ đầu, tuy nhiên tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch gặp khó khăn cho những trường hợp tắc động mạch não lớn. Lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đường động mạch là phương pháp điều trị được khuyến cáo cho điều trị tắc động mạch não lớn trong thời gian 6 giờ đầu sau khởi phát. Hiện nay có nhiều nghiên cứu về tính an toàn, hiệu quả của lấy huyết khối cơ học cho trường hợp tắc động mạch lớn thuộc tuần hoàn não trước. Tuy nhiên nghiên cứu về tính an toàn hiệu quả của lấy huyết khối cơ học cho những trường hợp tắc động mạch thuộc tuần hoàn não sau, đặc biệt là BAO còn ít dữ liệu nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu với mục đích đánh giá tỷ lệ tái thông, kết quả, biến chứng lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân BAO so với ACLVO.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 37 bệnh nhân BAO và 198 bệnh nhân ACLVO (động mạch cảnh trong, động mạch não giữa đoạn M1) từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 9 năm 2022

- **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, cắt ngang có so sánh

- **Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:** Các bệnh nhân đến viện trong vòng 6 giờ kể từ lúc khởi phát, mức độ lâm sàng đánh giá qua thang điểm NIHSS, với các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn dùng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch được tiêm actilyse liều 0,9 mg/kg cân nặng, chụp lại CTA sau liều bolus không thấy tái thông sẽ lấy huyết khối đường động mạch. Tất cả các bệnh nhân đều được lấy huyết khối đường động mạch bằng dụng cụ cơ học. Bệnh nhân không thể phối hợp khi lấy huyết khối chúng tôi tiến hành gây mê đường nội khí quản. sau can thiệp 24 giờ hoặc khi bệnh nhân diễn biến xấu được chụp CT sọ não, mời khoa phẫu thuật thần kinh xem xét chỉ định mở sọ giải ép nếu có. Mức độ hồi tái thông được đánh giá theo thang điểm TICI (Thrombolysis in cerebral

infarction Score). Mức độ hồi phục lâm sàng sau 3 tháng được đánh giá theo thang điểm mRS (Modified Rankin Scale)

- **Xử lý số liệu:** theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

| Đặc điểm lâm sàng | BAO n = 37 | ACLVO n = 198 | P |
|--------------------|---------------|------------------|-------|
| Tuổi | 66,3 ± 9,1 | 65,77 ± 10,21 | >0,05 |
| Giới nam | 59,46%(22) | 61,11%(121) | >0,05 |
| Vào khoa đột quy | 13,51%(5) | 63,63%(126) | <0,05 |
| Đái tháo đường | 21,62%(8) | 24,75%(49) | >0,05 |
| Tăng huyết áp | 70,27%(26) | 75,25%(149) | >0,05 |
| Rối loạn lipid máu | 72,97%(27) | 70,70%(140) | >0,05 |
| Hút thuốc lá | 24,32%(9) | 20,20%(40) | >0,05 |
| Rung nhĩ | 21,62%(8) | 19,69%(39) | >0,05 |
| Lạm dụng rượu | 8,11%(3) | 7,07%(7,07) | >0,05 |
| Điểm NIHSS | 19 ± 9,43 | 14,57 ± 6,11 | <0,05 |

Tuổi, giới và các bệnh nền như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường gặp nhiều ở hai nhóm nghiên cứu, nhưng khác biệt về tỷ lệ các bệnh nền này ở hai nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Hút thuốc lá, lạm dụng rượu, rung nhĩ cũng không khác biệt ở hai nhóm nghiên cứu. Đây được xem là những yếu tố nguy cơ của đột quy nhồi máu não [3]. Bảng số 1, thấy có 63,63% bệnh nhân ACLVO vào thẳng khoa đột quy, 13,51% bệnh nhân BAO vào thẳng khoa đột quy, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các bệnh nhân BAO thường được chuyển tuyến hoặc vào khoa khác trước khi đến với khoa đột quy, điều này có thể do ACLVO với các triệu chứng thần kinh khu trú điển hình như méo miệng, yếu tay, rối loạn ngôn ngữ thường gặp và người dân dễ nhận biết là đột quy so với các triệu chứng của tuần hoàn não sau như: chóng mặt, rối loạn thăng bằng, rối loạn thị lực [4]. So sánh mức độ lâm sàng theo thang điểm NIHSS khi vào viện ở hai nhóm nghiên cứu thấy: nhóm BAO có điểm NIHSS là $19 \pm 9,43$, cao hơn nhóm ACLVO với điểm NIHSS trung bình là $14,57 \pm 6,11$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BAO được cho là có lâm sàng nặng hơn so với lâm sàng của ACLVO [5]. So với nghiên cứu của Nguyễn Công Thành và cộng sự, nhóm bệnh nhân BAO của chúng tôi có điểm NIHSS thấp hơn, do trong nghiên cứu của Nguyễn Công Thành và cộng sự đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân BAO có thời gian vào viện trong khoảng 24 giờ từ lúc khởi phát [2]. Điểm NIHSS ở bệnh nhân ACLVO trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Minh Đức và cộng sự (với điểm NIHSS là $18,4 \pm$

3,7), do nghiên cứu của Đặng Minh Đức nghiên cứu ở bệnh nhân ACLVO có tổn thương kết hợp gốc động mạch cảnh trong [1].

Bảng 2: Đặc điểm điều trị

| ĐD điều trị | BAO n = 37 | ACLVO n = 198 | p |
|---------------|---------------|------------------|----------------|
| TimeĐ (phút) | 263 ± 71 | 195±93 | <0,05 |
| rTPA | 16,22%(6) | 48,99%(97) | <0,05 |
| TimeC (phút) | 316±38 | 261±49 | <0,05 |
| Gây mê | 18,92%(7) | 4,04%(8) | <0,05 |
| Mở sọ giải ép | 0% | 4,54%(9) | Không xác định |
| TimeT (phút) | 62,9±47,1 | 60,3±48,6 | >0,05 |

(ĐD điều trị = đặc điểm điều trị, rTPA = thuốc tiêu sợi huyết, IV tĩnh mạch, TimeĐ=thời gian từ lúc khởi phát đến khi đến trung tâm đột quỵ viện 103, TimeC = thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến khi được chọc động mạch đùi, TimeT = thời gian từ lúc chọc động mạch đùi đến khi được tái thông)

Ở bảng 2, thời gian đến viện ở nhóm BAO là 263 ± 71 phút, nhiều hơn thời gian đến viện của nhóm ACLVO (trung bình 195 ± 93 phút). Thời gian từ khi khởi phát đến khi được chọc động mạch đùi để tiến hành can thiệp ở nhóm BAO là 316 ± 38 phút, cũng dài hơn so thời gian từ khi khởi phát đến khi chọc động mạch đùi (261 ± 49 phút) của nhóm ACLVO. Trong nghiên cứu của Meinel T.R và cộng sự so sánh hiệu quả lấy huyết khối ở nhóm BAO và nhóm ACLVO [6]. Ở nhóm BAO, thời gian từ khi khởi phát đến khi đến viện là 228 (121-369) phút, thời gian từ khi khởi phát đến khi được chọc động mạch đùi là 300 (211-480) phút, ở nhóm ACLVO với thời gian tương ứng là 143 (71-245) phút và 225 (165-315) phút, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Chúng tôi cho rằng bệnh nhân BAO thường bị chẩn ban đầu nhầm, bệnh nhân lâm sàng nặng cần phương tiện hồi sức trước khi đến viện, cũng như các bệnh nhân BAO thường phải phối hợp với khoa gây mê để can thiệp nên mất nhiều thời gian hơn (nhóm BAO 18,92% phải gây mê, nhóm ACLVO có 4,04% gây mê, khác biệt với p < 0,05). Thời gian đến viện trong nghiên cứu của Meinel T.R và cộng sự ít hơn chúng tôi, thể hiện khả năng cấp cứu đột quỵ, tuyên truyền cộng đồng về đột quỵ của nước bạn có thể tốt hơn. Nhưng thời gian đến lúc được chọc động mạch đùi của chúng tôi không khác biệt so với nghiên cứu của Meinel T.R và cộng sự, do Khoa đột quỵ Bệnh viện Quân y 103, Bác sỹ có chức năng điều trị cấp cứu đột quỵ và thực hiện can thiệp kết hợp, và như chương trình hành lang trống ưu tiên cấp cứu bệnh nhân đột quỵ nên đã

rút ngắn được từ thời điểm phát tiếp cận bệnh nhân đến khi được thực hiện can thiệp. Nhóm BAO được điều trị thuốc tiêu sợi huyết trước can thiệp là 16,22%, nhóm ACLVO được dùng thuốc tiêu sợi huyết trước can thiệp là 48,99%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sự khác biệt này không quan sát thấy trong nghiên cứu của Meinel T.R và cộng sự [6]. Nhóm BAO do có tỷ lệ vào viện muộn hơn của số điều trị tiêu sợi huyết 4,5 giờ, điểm NIHSS trên 22 điểm chiếm tỷ lệ cao nên chúng tôi không thể lựa chọn điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Thời gian tái thông ở hai nhóm BAO và nhóm ACLVO là 62,9 ± 47,1 phút và 60,3 ± 48,6 phút, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3: Kết quả điều trị

| Chỉ tiêu đánh giá | BAO n = 37 | ACLVO n = 198 | p | |
|-------------------|---------------|------------------|-------------|--------|
| TICI | 0-2a | 16,22%(6) | 11,11%(22) | > 0,05 |
| | 2b-3 | 83,78%(31) | 88,89%(176) | |
| Biến chứng | Lóc tách ĐM | 2,70%(1) | 2,02%(4) | > 0,05 |
| | Chảy máu não | 13,51%(5) | 16,16%(32) | > 0,05 |
| mRS sau 3 tháng | 0-3 | 35,13%(13) | 58,58%(116) | < 0,05 |
| | 4-5 | 24,32%(9) | 21,72%(43) | |
| | 6 | 40,54%(15) | 19,70%(39) | |

Từ bảng 3, đánh giá tái thông theo TICI thấy bệnh nhân BAO, thấy tỷ lệ tái thông ở hai nhóm nghiên cứu không khác biệt về thông kê với p > 0,05. Như vậy thời gian thực hiện kỹ thuật và kết quả tái thông ở hai nhóm tương đương. Trong nghiên cứu tổng quan so sánh giữa hiệu quả, an toàn của lấy huyết khối do BAO và lấy huyết khối do ACLVO, Mbroh J và cộng sự cũng cho rằng việc thực hiện kỹ thuật lấy huyết khối do BAO không khó khăn so với lấy huyết khối do ACLVO [7]. Tỷ lệ biến chứng chảy máu não có triệu chứng và lóc tách động mạch ở hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05, Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Công Thành và cộng sự, nghiên cứu của Meinel T.R và cộng sự.

Đánh giá mức độ tàn phế theo mRS ở 3 tháng thấy các bệnh nhân BAO có tỷ lệ tàn phế cao hơn so với ACLVO được lấy huyết khối. Điều này cũng quan sát thấy trong nghiên cứu của Mbroh J, và được cho rằng do bệnh nhân BAO vào viện muộn hơn, lâm sàng theo thang điểm NIHSS nặng hơn, thời gian được can thiệp muộn hơn nên kết quả lâm sàng kém hơn so [7].

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 37 bệnh nhân BAO được lấy

huyết khối đường động mạch thấy: Bệnh nhân BAO lâm sàng nặng hơn, vào viện muộn hơn, kết cục lâm sàng kém hơn so với nhóm tắc ACLVO được lấy huyết khối. Mặc dù thời gian thực hiện kỹ thuật, kết quả tái thông, biến chứng là không khác biệt về thống kê ở hai nhóm BAO và tắc động mạch lớn thuộc tuần hoàn não trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Minh Đức, Đỗ Đức Thuận, Phạm Đình Đài et al** (2019), "Lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân tắc động mạch lớn hệ tuần hoàn não trước có tổn thương gốc động mạch cảnh trong cùng bên", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 482, Tháng 9- Số đặc biệt 2019(1859-1868), pp.
2. **Nguyễn Công Thành, Nguyễn Văn Tuyển, Lê Văn Trường et al** (2021), "Nghiên cứu biến chứng của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do BAO", Tạp chí Y - Dược học Quân sự Số 2-2021, pp. 40-46.
3. **Kernan W.N., Ovbiagele B., Black H.R. et al**

- (2014), "Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack", Stroke, 45(7), pp. 2160-2236.
4. **Chen X., Zhao X., Xu F. et al** (2021), "A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing FAST and BEFAST in Acute Stroke Patients", Front Neurol, 12, pp. 765069.
5. **Dornak T., Herzig R., Sanak D. et al** (2014), "Management of acute basilar artery occlusion: should any treatment strategy prevail?", Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 158(4), pp. 528-34.
6. **Meinel T.R., Kaesmacher J., Chaloulos-Iakovidis P. et al** (2019), "Mechanical thrombectomy for basilar artery occlusion: efficacy, outcomes, and futile recanalization in comparison with the anterior circulation", Journal of NeuroInterventional Surgery, 11(12), pp. 1174-1180.
7. **Mbroh J., Poli K., Tünnerhoff J. et al** (2021), "Comparison of Risk Factors, Safety, and Efficacy Outcomes of Mechanical Thrombectomy in Posterior vs. Anterior Circulation Large Vessel Occlusion", Frontiers in Neurology, 12, pp.

ĐÁNH GIÁ CHI PHÍ – HIỆU QUẢ THUỐC ACTILYSE TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ CẤP TÍNH TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Minh Văn¹, Trần Thị Phụng¹, Hoàng Văn Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên thế giới. Tại Việt Nam, hàng năm có khoảng 200.000 ca đột quỵ, với chi phí điều trị trực tiếp dao động từ 5 triệu tới hơn 120 triệu đồng. Hiện nay, tiêu sợi huyết là lựa chọn hàng đầu trong điều trị đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chi phí-hiệu quả của thuốc tiêu sợi huyết Actilyse so với không sử dụng Actilyse trong điều trị đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính lần đầu tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô hình hóa gồm cây quyết định kết hợp mô hình Markov, với quan điểm phân tích xã hội với khung thời gian phân tích trọn đời. Các tham số về hiệu quả lâm sàng, chi phí điều trị và thỏa dụng được tổng hợp từ các nguồn y văn trong nước và quốc tế, kết hợp tham vấn ý kiến chuyên gia lâm sàng tại Việt Nam. **Kết quả:** Điều trị sử dụng thuốc Actilyse gia tăng chi phí điều trị trọn đời là 5.260.331 VND và 0,08 QALY, tương đương với chỉ số ICER là 69.063.527 VND/QALY. Phân tích độ nhạy một chiều cho thấy tham số có ảnh hưởng tới kết quả là chi phí phục hồi chức năng, chi phí thuốc, tỉ lệ đồng chi trả bảo hiểm,

tham số về hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, các thay đổi trong phân tích độ nhạy không thay đổi kết luận về tính chi phí-hiệu quả của can thiệp. **Kết luận:** Điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp tính lần đầu sử dụng Actilyse tại Việt Nam gia tăng chi phí và số năm sống chất lượng cho bệnh nhân, và lựa chọn điều trị này rất có chi phí – hiệu quả so với điều trị không sử dụng Actilyse khi so sánh với ngưỡng chi phí – hiệu quả là 3 lần thu nhập bình quân đầu người của Việt Nam.

Từ khóa: đột quỵ nhồi máu não cấp tính, tiêu sợi huyết, Chi phí – hiệu quả

SUMMARY

ACUTE ISCHEMIC STROKE TREATMENT WITH ACTILYSE IN VIETNAM: A COST-UTILITY ANALYSIS

Background and Objectives: Ischemic stroke is one of the leading causes for mortality and disability globally. In Vietnam, there are 200,000 stroke cases annually, and the direct medical cost for each episode varied from 5 million to over 120 million dong. Nowadays, thrombolysis is one of the best treatment options for acute ischemic stroke. This study aimed to evaluate the cost-effectiveness of thrombolysis with Actilyse in treating first-time acute ischemic stroke in Vietnam, compared to non-Actilyse treatment. **Methods:** The study used a model-based approach, with the combination of decision tree and Markov model. Societal perspective with lifetime time horizon was used. Efficacy, costs and utility parameters were synthesized from Vietnamese and international literature, combining with Vietnamese clinicians

¹Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Văn

Email: nmv@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023