

**V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ bỏ bữa sáng ở trẻ vị thành niên tại Việt Nam không quá chênh lệch so với các khu vực khác trên thế giới. Bỏ ăn sáng có liên quan đến kết quả học tập trung bình. Trình độ học vấn tiểu học của bố, mẹ; học văn THCS hoặc THPT ở mẹ và trình độ sau đại học ở bố đều là những yếu tố dự báo quan trọng. Vì vậy, việc nâng cao nhận thức về lợi ích của bữa sáng hàng ngày đối với trẻ em, đặc biệt là các bậc phụ huynh khuyến khích để hỗ trợ trẻ và tìm hiểu các chương trình sức khỏe và dinh dưỡng học đường, hợp tác với các bên liên quan như nhà trường, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em và các chuyên gia khác để cải thiện thói quen ăn uống của trẻ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Scaglioni S., De Cosmi V., Ciappolino V., et al. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.
2. Giménez-Legarre N., Miguel-Berges M.L., Flores-Barrantes P., et al. (2020). Breakfast Characteristics and Its Association with Daily Micronutrients Intake in Children and Adolescents—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(10), 3201.
3. Monzani A., Ricotti R., Caputo M., et al. (2019). A Systematic Review of the Association of Skipping Breakfast with Weight and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents. What Should We Better Investigate in the Future?. *Nutrients*, 11(2), 387.
4. Abebe L., Mengistu N., Tesfaye T.S., et al. (2022). Breakfast skipping and its relationship with academic performance in Ethiopian school-aged children, 2019. *BMC Nutr*, 8, 51.
5. Yao J., Liu Y., and Zhou S. (2019). Effect of Eating Breakfast on Cognitive Development of Elementary and Middle School Students: An Empirical Study Using Large-Scale Provincial Survey Data. *Med Sci Monit*, 25, 8843–8853.
6. de Onis M., Onyango A.W., Borghi E., et al. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*, 85(9), 660–667.
7. Badrasawi M., Anabtawi O., and Al-Zain Y. (2021). Breakfast characteristics, perception, and reasons of skipping among 8th and 9th-grade students at governmental schools, Jenin governance, West Bank. *BMC Nutr*, 7, 42.
8. Hu J., Li Z., Li S., et al. (2020). Skipping breakfast and physical fitness among school-aged adolescents. *Clinics (Sao Paulo)*, 75, e1599.

## ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG NGÂN SÁCH CỦA DỊCH VỤ SÀNG LỌC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI VIỆT NAM

Phùng Lâm Tới<sup>1</sup>, Đỗ Thị Quỳnh Trang<sup>1</sup>, Đặng Thành Nam<sup>1</sup>,  
Ong Thế Duệ<sup>1</sup>, Đỗ Trà My<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Việt<sup>1</sup>, Nguyễn Khánh Phương<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** đánh giá tác động ngân sách lên quỹ Bảo hiểm Y tế (BHYT) khi chi trả cho dịch vụ sàng lọc đái tháo đường typ 2. **Phương pháp:** Phân tích tác động ngân sách dựa trên mô hình hoá. Mô hình cây quyết định và Markov được xây dựng nhằm mô phỏng chiến lược sàng lọc đái tháo đường typ 2 tại Việt Nam. Nghiên cứu phân tích trong khung thời gian 10 năm, với quan điểm chi phí của bên chi trả (quỹ BHYT). **Kết quả:** so với bối cảnh hiện tại (dịch vụ sàng lọc chưa được BHYT chi trả), chiến lược sàng lọc đái tháo đường typ 2 cần khoảng 120-138 tỷ mỗi năm cho sàng lọc. Tuy nhiên, ngân sách tiết kiệm được từ việc điều trị cho người bệnh có thể đạt được từ năm thứ 4 sau khi triển khai. Tổng ngân sách tiết kiệm được trong 10 năm ước tính là 1.210 tỷ đồng. **Kết luận:** Việc mở rộng phạm vi chi trả cho dịch vụ sàng lọc đái tháo đường typ 2 không làm tăng quỹ BHYT, ngược

lại, còn giúp tiết kiệm ngân sách trong tương lai. Các nhà hoạch định chính sách nên cân nhắc bổ sung dịch vụ sàng lọc đái tháo đường typ 2 vào danh mục phạm vi chi trả của quỹ BHYT.

**Từ khóa:** sàng lọc, đái tháo đường, đánh giá tác động ngân sách, Việt Nam

**SUMMARY****BUDGET IMPACT ANALYSIS OF SCREENING FOR TYPE-2 DIABETES IN VIETNAM**

**Objective:** To assess the budget impact on Health Insurance Fund when coverage for type-2 diabetes (T2D) screening. **Methods:** A model-based budget impact analysis was performed. A hybrid model consisting of decision trees and a Markov model was constructed to simulate the T2D screening strategy in Vietnam. The time horizon of 10 years was applied and the payer's perspective (HI fund) was employed. **Results:** compared to the current scenario (T2D screening was not reimbursed), the screening services correspond to 120-138 billion annually. However, the budget saved from treatment for T2D patients could be attained in the 4<sup>th</sup> year of implementation. The estimated total budget saved in 10 years was approximately 1,210 billion. Conclusion: Expanding the coverage of health insurance benefits for T2D

<sup>1</sup>Viện Chiến lược & Chính sách Y tế - Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Lâm Tới

Email: phunglamtoi@hspi.org.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

screening are not increase the budget fund. Yet, it could save the budget for the future. The policymakers should consider including the T2D screening service in the reimbursement list of health insurance.

**Keywords:** screening, diabetes, budget impact analysis, Vietnam.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giống như nhiều quốc gia trên thế giới, Việt Nam đang đối mặt với vấn đề già hoá dân số và gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm, với tỷ trọng chiếm hơn 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật. Trong đó, đái tháo đường týp 2 là một bệnh không lây nhiễm thường gặp và có liên quan đến các biến chứng nặng nề và tử vong. Đặc điểm của bệnh đái tháo đường týp 2 là có thời gian tiến triển âm thầm kéo dài, trước khi xuất hiện các triệu chứng lâm sàng. Đây chính là mấu chốt để có thể ngăn ngừa bệnh diễn tiến đến các giai đoạn trầm trọng hơn thông qua sàng lọc, phát hiện sớm và điều trị bệnh kịp thời. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả và tính chi phí hiệu quả của các chương trình sàng lọc đái tháo đường týp 2 [1, 2].

Tại Việt Nam, Luật Bảo hiểm y tế (BHYT) đang trong quá trình sửa đổi. Trong đó, một trong những định hướng ưu tiên bao gồm việc bổ sung dịch vụ sàng lọc một số bệnh mạn tính vào danh mục BHYT chi trả. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra là "Việc bổ sung các dịch vụ sàng lọc bệnh không lây nhiễm ảnh hưởng đến chi tiêu của quỹ Bảo hiểm Y tế như thế nào?". Với mục đích cung cấp bằng chứng để Bộ Y tế xem xét thực hiện định hướng ưu tiên nói trên, nghiên cứu này sẽ đánh giá tác động dài hạn lên quỹ BHYT của việc triển khai chương trình sàng lọc đái tháo đường týp 2 (ĐTĐ-2). Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp các bằng chứng quan trọng cho việc ra quyết định đưa các dịch vụ sàng lọc bệnh ĐTĐ-2 vào phạm vi thanh toán của BHYT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đánh giá tác động ngân sách dựa trên mô hình hoá được tiến hành. Quần thể nghiên cứu là người trưởng thành từ 45 tuổi, chưa từng được chẩn đoán mắc đái tháo đường týp 2. Nghiên cứu áp dụng quan điểm của bên chi trả (Quỹ BHYT) với khung thời gian phân tích là 10 năm.

Trong nghiên cứu này, can thiệp được đánh giá là dịch vụ sàng lọc đái tháo đường týp 2. Chiến lược sàng lọc được xây dựng dựa trên rà soát các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế, kết hợp với tham vấn các chuyên gia lâm sàng. Chiến lược sàng lọc được xây dựng có thể triển khai tại cả tuyến xã/phường và tuyến

quận/huyện. Tại tuyến xã, đối tượng được sàng lọc sẽ được đánh giá nguy cơ mắc đái tháo đường qua thang điểm FINDRISC (hiệu chỉnh vòng eo và BMI cho quần thể châu Á). Với đối tượng có nguy cơ sẽ được tiến hành sàng lọc bằng test đường máu mao mạch. Với các đối tượng có kết quả "dương tính", sẽ được chuyển lên tuyến huyện để chẩn đoán xác định bằng đường máu tĩnh mạch đối. Với phương án sàng lọc tại tuyến huyện, đối tượng được sàng lọc sơ bộ bằng thang điểm FINDRISC trước khi tiến hành sàng lọc bằng đường máu tĩnh mạch đối. Với các đối tượng có kết quả "dương tính", việc lặp lại một lần nữa xét nghiệm đường máu tĩnh mạch sẽ được tiến hành để chẩn đoán xác định. Tần suất sàng lọc là hàng năm.

Mô hình cây quyết định được xây dựng dựa theo chiến lược sàng lọc nêu trên, bao gồm tính toán cả tính chính xác của các test sàng lọc dựa trên độ nhạy và độ đặc hiệu. Tiếp theo, mô hình Markov mô phỏng tiến triển của người bình thường cho đến khi phát sinh đái tháo đường và diễn tiến đến các trạng thái biến chứng, tử vong được xây dựng. Cấu trúc của mô hình cây quyết định và mô hình Markov đã được trình bày trước đây [1]. Các tham số trong mô hình như xác suất chuyển dịch trạng thái, độ nhạy, độ đặc hiệu của test sàng lọc được xác định thông qua tổng quan tài liệu. Mô hình đồng thời ước tính kích cỡ quần thể bệnh nhân thay đổi qua các năm, dựa trên tỷ lệ gia tăng dân số, tỷ lệ mới mắc, và tỷ lệ tham gia các dịch vụ sàng lọc đái tháo đường týp 2. Các thông tin về chi phí sàng lọc và chi phí điều trị các trạng thái bệnh chưa có và đã có biến chứng của đái tháo đường được trình bày trước đây [1].

Ngân sách được tính toán theo năm tham chiếu là năm 2021. Các chi phí thu thập từ các nguồn dữ liệu ở các năm khác nhau sẽ được hiệu chỉnh về giá trị năm 2021 thông qua chỉ số CPI. Tỷ lệ chiết khấu không được áp dụng trong phân tích tác động ngân sách. Mô hình tính toán được xây dựng trên phần mềm MS. Excel 2021.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

So với bối cảnh dịch vụ sàng lọc chưa được BHYT thanh toán, việc bổ sung thêm dịch vụ sàng lọc ĐTĐ-2 sẽ có tác động nhất định đến quỹ BHYT. Cụ thể, mỗi năm ngân sách sẽ cần bỏ ra khoảng 120 – 140 tỷ đồng cho việc sàng lọc. Tổng ngân sách cần chi trả cho dịch vụ sàng lọc trong 10 năm là 1.320 tỷ đồng. Đồng thời, qua sàng lọc cũng sẽ phát hiện ra một tỷ lệ nhất định người bệnh chưa được chẩn đoán, và việc bắt

đầu điều trị cho nhóm bệnh nhân mới phát hiện này cũng sẽ tiêu tốn một khoản ngân sách nhất định, dao động từ 935 đến 2.422 tỷ đồng trong

10 năm tới (Bảng 1). Ở bối cảnh dịch vụ sàng lọc chưa được BHYT chi trả, ngân sách cần chi trả cho điều trị là từ 603-3.215 tỷ đồng trong 10 năm tới.

**Bảng 13. Ngân sách cần chi trả cho hai bối cảnh trong 10 năm tới**

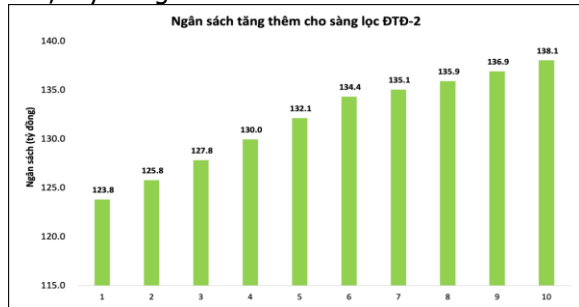
Năm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Dịch vụ sàng lọc được chi trả</b>										
Sàng lọc	123,8	125,8	127,8	130,0	132,1	134,4	135,1	135,9	136,9	138,1
Điều trị	935,1	1.150,5	1.356,5	1.554,8	1.746,9	1.933,6	2.064,6	2.188,3	2.307,0	2.422,7
Tổng	1.058,9	1.276,3	1.484,3	1.684,7	1.879,0	2.067,9	2.199,6	2.324,2	2.443,9	2.560,8
<b>Dịch vụ sàng lọc chưa được chi trả</b>										
Sàng lọc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Điều trị	603,5	952,5	1.292,6	1.625,2	1.951,3	2.271,1	2.522,9	2.762,4	2.992,5	3.215,4
Tổng	603,5	952,5	1.292,6	1.625,2	1.951,3	2.271,1	2.522,9	2.762,4	2.992,5	3.215,4

So với bối cảnh dịch vụ sàng lọc chưa được BHYT chi trả, việc bổ sung thêm dịch vụ sàng lọc có tác động ngân sách tăng lên ở khoảng 4 năm đầu tiên khi bắt đầu triển khai. Từ năm thứ 5 trở đi có sự giảm đi về ngân sách cần chi trả, chủ yếu đến từ việc giảm ngân sách cho điều trị. Tổng tác động ngân sách 10 năm khi thực hiện việc bổ sung dịch vụ sàng lọc là -1.210 tỷ đồng, tức là tiết kiệm cho quỹ BHYT được 1.210 tỷ đồng (Bảng 2).

**Bảng 14. Tác động ngân sách 10 năm của dịch vụ sàng lọc đại tháo đường typ 2 (tỷ đồng)**

Năm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tổng
Tổng tác động ngân sách	455,4	323,8	191,7	59,5	-72,2	-203,2	-323,2	-438,2	-548,6	-654,6	<b>-1.210</b>
Ngân sách tăng thêm cho sàng lọc	123,8	125,8	127,8	130,0	132,1	134,4	135,1	135,9	136,9	138,1	<b>1.320</b>
Ngân sách tăng thêm/tiết kiệm được trong điều trị	331,6	198,0	63,8	-70,4	-204,4	-337,6	-458,3	-574,2	-685,5	-792,7	<b>-2.530</b>

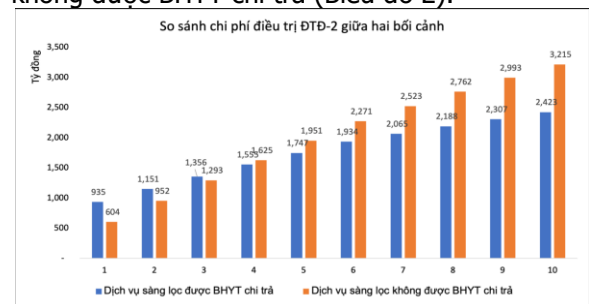
Biểu đồ 1 minh họa ngân sách từng năm cần chi trả cho dịch vụ sàng lọc trong khung thời gian phân tích 10 năm. Trong năm đầu tiên, ngân sách cần chi trả là 123,8 tỷ đồng cho các dịch vụ sàng lọc đại tháo đường typ 2. Ngân sách này tăng dần đều các năm tiếp theo và đến 138,1 tỷ đồng ở năm thứ 10.



**Biểu đồ 2. Ngân sách cần đầu tư cho dịch vụ sàng lọc đại tháo đường typ 2 theo từng năm**

Trong năm đầu tiên bắt đầu triển khai chi trả cho dịch vụ sàng lọc, ngân sách đồng thời cũng cần chi trả khoảng 935 tỷ đồng cho điều trị người bệnh được phát hiện thông qua sàng lọc. Với chiến lược sàng lọc định kỳ hàng năm và chi phí điều trị cho người bệnh đã phát hiện ở các

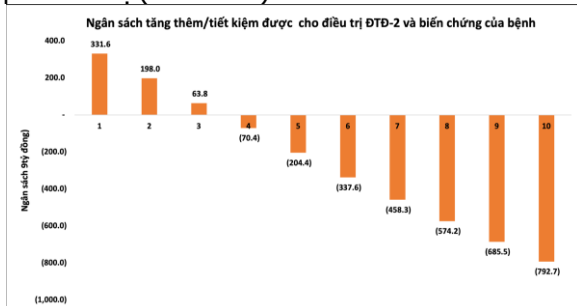
năm trước đó, chi phí điều trị tăng dần qua từng năm. Đến năm thứ 10, ngân sách cần chi trả cho điều trị ở bối cảnh dịch vụ sàng lọc được BHYT chi trả là 2.423 tỷ đồng (Biểu đồ 2). Ngân sách cho điều trị bệnh ở bối cảnh BHYT không chi trả dịch vụ sàng lọc thấp hơn so với bối cảnh còn lại ở khoảng 3 năm đầu. Từ năm thứ 4, ngân sách cần chi trả cho điều trị bệnh cao hơn dần và đến năm thứ 10, ngân sách cần chi trả cho điều trị bệnh là 3.215 tỷ đồng nếu dịch vụ sàng lọc không được BHYT chi trả (Biểu đồ 2).



**Biểu đồ 3. So sánh ngân sách chi trả cho điều trị bệnh ở hai bối cảnh**

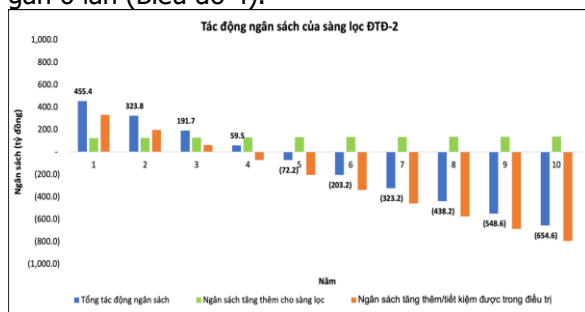
Biểu đồ 3 minh họa rõ hơn về tác động ngân sách liên quan đến chi phí điều trị bệnh đại tháo đường ở hai bối cảnh. Trong 3 năm đầu, dịch vụ

sàng lọc giúp phát hiện và chẩn đoán sớm nhiều người bệnh, do đó ngân sách cần chi trả cho điều trị những bệnh nhân này. Tuy nhiên, do hiệu quả của việc phát hiện sớm, người bệnh được điều trị kịp thời và giảm thiểu nguy cơ biến chứng. Do vậy chi phí điều trị sẽ thấp hơn so với bối cảnh dịch vụ sàng lọc không được chi trả - khi mà đa số người bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn, khi đã có biến chứng và chi phí điều trị cho biến chứng chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí điều trị (Biểu đồ 3).



**Biểu đồ 4. Ngân sách tăng thêm hoặc tiết kiệm được cho điều trị đái tháo đường**

Biểu đồ 4 cho thấy tương quan giữa các cấu phần ngân sách và xu hướng tác động ngân sách theo từng năm. Có thể thấy, ngân sách bỏ ra cho dịch vụ sàng lọc là tương đối ít, so với ngân sách cần bỏ ra cho điều trị bệnh. Với chiến lược sàng lọc định kỳ hàng năm cho người từ 45 tuổi, ngân sách đầu tư cho sàng lọc không chênh lệch quá nhiều giữa các năm. Tuy nhiên, ngân sách cần bỏ ra cho điều trị bệnh có tác động rất lớn. Nếu đến năm thứ 10, ngân sách bỏ ra cho sàng lọc là khoảng 138,1 tỷ đồng thì ngân sách tiết kiệm được từ việc điều trị bệnh là 792,7 tỷ đồng, gấp gần 6 lần (Biểu đồ 4).



**Biểu đồ 5. Tác động ngân sách hàng năm của dịch vụ sàng lọc đái tháo đường tít 2**

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tác động ngân sách của quỹ BHYT khi mở rộng phạm vi chi trả cho các dịch vụ sàng lọc bệnh đái tháo đường tít 2. Kết quả nghiên cứu cho thấy,

nếu quỹ BHYT chi trả cho dịch vụ sàng lọc, mỗi năm ngân sách cần bỏ ra từ khoảng 123 đến 138 tỷ mỗi năm. Đồng thời, ngân sách cũng cần chi trả mỗi năm từ 935 tỷ đến khoảng 2.400 tỷ ở năm thứ 10. Đây là một số lượng ngân sách tương đối lớn. Tuy nhiên, so sánh với bối cảnh hiện tại, khi mà dịch vụ sàng lọc đái tháo đường tít 2 chưa được BHYT thanh toán, ngân sách hàng năm cần bỏ ra cho điều trị bệnh và biến chứng của bệnh là cao hơn và có thể lên đến khoảng 3.200 tỷ ở năm thứ 10. Điều này cho thấy việc chi trả cho dịch vụ sàng lọc đái tháo đường tít 2 là một giải pháp đầu tư giúp đem lại hiệu quả trong tương lai, giúp tiết kiệm ngân sách cho quỹ BHYT.

Trên thực tế, chi phí của quỹ BHYT chi trả cho điều trị đái tháo đường tít 2 của một năm 2017 là khoảng 435 triệu Đô la Mỹ, tương đương khoảng 10.087 tỷ đồng [3]. Như vậy có thể thấy, tổng tác động ngân sách của việc thanh toán cho dịch vụ sàng lọc và điều trị cho người bệnh thấp hơn ngân sách chi trả cho điều trị bệnh khi BHYT. Do vậy, việc đầu tư cho dịch vụ sàng lọc không làm tăng quỹ BHYT.

So sánh với bối cảnh dịch vụ sàng lọc chưa được BHYT chi trả, việc đưa dịch vụ sàng lọc vào danh mục chi trả sẽ có tác động tới ngân sách, hay phần tăng lên/giảm đi của quỹ BHYT. Trong những năm đầu khi bắt đầu chi trả cho dịch vụ sàng lọc, ngân sách cần bỏ ra cho sàng lọc và cho điều trị những người bệnh mới được phát hiện. Tuy nhiên, việc phát hiện người bệnh sớm và điều trị kịp thời sẽ giúp người bệnh kiểm soát được đường huyết, giảm thiểu nguy cơ biến chứng. Kéo theo đó, chi phí cho điều trị sẽ ít tốn kém hơn so với việc điều trị người bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn, khi mà hầu hết người bệnh đã có biến chứng khi được phát hiện trên lâm sàng.

Nghiên cứu ở Nhật Bản cho thấy việc sàng lọc đái tháo đường bằng test HbA1c tại chỗ cũng giúp tiết kiệm ngân sách. Nghiên cứu tiến hành với khung thời gian 15 năm và cho thấy tại năm thứ 6 đã có sự tiết kiệm về ngân sách cho việc điều trị bệnh [4]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cho thấy ở năm thứ 4 đã bắt đầu có sự tiết kiệm ngân sách cho điều trị và đến năm thứ 5, tổng tác động ngân sách đã âm, tức là ngân sách bỏ ra cho sàng lọc và điều trị người bệnh thấp hơn so với bối cảnh dịch vụ sàng lọc không được BHYT chi trả. So với các quốc gia phát triển, tỷ lệ đái tháo đường chưa được chẩn đoán ở Việt Nam có thể sẽ cao hơn, đồng thời tỷ lệ mới mắc cũng cao hơn do sự gia tăng các yếu tố

nguy cơ như thừa cân, béo phì, chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực. Do vậy việc mở rộng phạm vi chi trả của quỹ BHYT cho các dịch vụ sàng lọc ĐTD là cần thiết và cần được thực hiện sớm nhằm tối ưu hoá lợi ích mà chương trình sàng lọc mang lại.

Trong nghiên cứu này, việc tiến hành sàng lọc có thể được thực hiện tại cả trạm y tế xã/phường và trung tâm y tế/bệnh viện tuyến quận/huyện. Trên thực tế, tỷ tiếp cận và sử dụng dịch vụ sàng lọc tại các cơ sở y tế sẽ ảnh hưởng đến kết quả chung của mô hình đánh giá tác động ngân sách. Do đó, bên cạnh việc mở rộng phạm vi thanh toán cho dịch vụ sàng lọc, việc truyền thông chính sách nhằm nâng cao nhận thức của người dân, tăng tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ sẽ mang lại hiệu quả cao hơn. Đồng thời, các giải pháp về đào tạo, tập huấn, đầu tư thêm trang thiết bị cũng cần được quan tâm nhằm nâng cao năng lực cho tuyến y tế cơ sở và qua đó cũng tăng niềm tin của người dân khi tiếp cận với các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Việc mở rộng phạm vi chi trả cho dịch vụ

sàng lọc đái tháo đường týp 2 không làm tăng quỹ Bảo hiểm Y tế. Ngược lại, việc đầu tư ngân sách cho dịch vụ sàng lọc đái tháo đường còn giúp tiết kiệm ngân sách từ việc điều trị trong tương lai. Các nhà hoạch định chính sách nên cân nhắc bổ sung dịch vụ sàng lọc đái tháo đường týp 2 vào phạm vi chi trả của quỹ Bảo hiểm Y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toi, P.L., et al.,** Economic evaluation of population-based type 2 diabetes mellitus screening at different healthcare settings in Vietnam. *PLoS One*, 2021. 16(12): p. e0261231.
2. **Zhang, Y., et al.,** Evaluation of two screening methods for undiagnosed diabetes in China: an cost-effectiveness study. *Prim Care Diabetes*, 2013. 7(4): p. 275-82.
3. **Tuan Kiet Pham, H., et al.,** Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study. *Diabetes Res Clin Pract*, 2020: p. 108051.
4. **Shono, A., et al.,** Budget impact analysis reveals walk-in fingertip HbA1c testing in community pharmacies could provide a significant long-term reduction in public expenditure. *Res Social Adm Pharm*, 2021. 17(2): p. 368-371.

## CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ BỊT

Lê Thanh Dũng<sup>1,2</sup>, Thân Văn Sỹ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm hình ảnh của thoát vị bịt trên cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng và phương pháp:** Các trường hợp thoát vị bịt chẩn đoán trên CLVT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 9 năm 2019 đến 1 năm 2023 được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** 15 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều là nữ, tuổi trung vị là 83 tuổi (48 - 92). Mười ba trường hợp đến viện trong bệnh cảnh tắc ruột cấp với các triệu chứng đau bụng, bụng chướng. Hai trường hợp phát hiện tình cờ khi khám ổ bụng. Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán trên CLVT trước phẫu thuật. 13 trường hợp vào viện cấp cứu đều do thoát vị bịt bởi quai ruột non. Năm trường hợp biểu hiện thiếu máu ruột, và 3 trong số đó có biểu hiện viêm phúc mạc. Chín trường hợp được phẫu thuật sửa chữa thoát vị, hai trường hợp không cấp cứu được phẫu thuật theo lịch. Bốn trường hợp còn lại từ chối điều trị do toàn

trạng nặng. Trong số các bệnh nhân phẫu thuật, có 3 trường hợp tiến triển nặng và tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân và mức độ nặng tắc ruột, bao gồm cả phát hiện thoát vị bịt. Phẫu thuật là cần thiết trong các trường hợp tắc ruột cấp do thoát vị bịt.

**Từ khoá:** Thoát vị bịt, cắt lớp vi tính, tắc ruột cấp

### SUMMARY

#### COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF OBTURATOR HERNIA

**Objective:** Describe the imaging features of obturator hernia on computed tomography (CT). **Patients and methods:** All patients with diagnosis of obturator hernia on abdominal CT at Viet Duc University Hospital from September 2019 to January 2023 were included in this study. **Results:** 15 patients were included in the study; all patients were female, with median age was 83 years (48 - 92). Thirteen cases presented to the hospital with acute intestinal obstruction, abdominal pain, and distention. Two cases were discovered incidentally during the abdominal examination. All cases were diagnosed on preoperative CT. Obturator hernia due to a loop of small bowel was seen in 13 patients. Five cases presented with intestinal ischemia, and 3 of them presented with peritonitis. An emergency operation

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023