

khuyết tật tại cộng đồng, 15) Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bao gồm phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, phòng chống ung thư, 16) Các dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm nguy cơ cao cho cộng đồng, 17) Cung cấp thuốc thiết yếu, bao gồm các thuốc để bán thuốc [2]. Đây là những gói dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3 nhận định của đối tượng về sự phù hợp của các gói dịch vụ theo Thông tư 39/TT – BHYT tại trạm y tế. Kết quả bảng 3 cho thấy dịch vụ y tế học đường và dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật được đánh giá là phù hợp nhất với 91,2%. Dịch vụ đảm bảo máu an toàn và phòng chống các bệnh về máu thì chỉ có 60,3% nhân viên y tế đánh giá là phù hợp. Dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm có nguy cơ cao cho cộng đồng được đánh giá là phù hợp với tỷ lệ thấp nhất 58,5%. Theo kết quả bảng 4 thì gói dịch vụ y tế học đường và gói dịch vụ cung cấp thuốc thiết yếu và thuốc dịch vụ là khả thi nhất. Gói dịch vụ được cho là ít khả thi khi triển khai thực hiện là gói dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm nguy cơ cao. Qua bảng 3 và bảng 4 cho thấy những dịch vụ có tỷ lệ đánh giá phù hợp cao được đánh giá mức độ khả thi cao. Như vậy tính phù hợp và tính khả thi được đối tượng nghiên cứu đánh giá là hoàn toàn hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các trạm y tế nghiên cứu có bảng phân công nhiệm vụ cho từng thành viên. Có 80,9% số nhân viên trạm y tế cho rằng công việc hiện tại phù hợp với chuyên môn được đào tạo. Tuy nhiên có tới

73,5% nhân viên cho rằng khối lượng công việc được giao bị quá tải. Trong các nhiệm vụ được giao có 82,4% đối tượng trả lời hoàn thành nhiệm vụ; 4,4% số nhân viên hoàn thành công việc được giao sớm và chủ động. Dịch vụ y tế học đường và dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật được đánh giá là phù hợp nhất với 91,2%; dịch vụ đảm bảo máu an toàn và phòng chống các bệnh về máu thì chỉ có 60,3% nhân viên y tế đánh giá là phù hợp; dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm có nguy cơ cao cho cộng đồng được đánh giá là phù hợp với tỷ lệ thấp nhất 58,5%. Gói dịch vụ y tế học đường và gói dịch vụ cung cấp thuốc thiết yếu và thuốc dịch vụ là khả thi nhất (92,6%); gói dịch vụ được cho là ít khả thi khi triển khai thực hiện là gói dịch vụ khám sàng lọc, phát hiện các bệnh tật cho nhóm nguy cơ cao (57,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Chính trị** (2017), Nghị quyết 20/NQ – TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa XII, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2017), Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017 Quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, chủ biên, Hà Nội.
3. **Đào Văn Dũng** (2018), Trạm Y tế Xã, NXB Y Học, Hà Nội, 16
4. **Nguyễn Minh Hưng** (2016), Nghiên cứu một số đặc điểm cơ cấu bệnh, khả năng đáp ứng hoạt động chăm sóc sức khỏe của các trạm y tế xã biên giới Tây Nguyên và giải pháp can thiệp, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
5. **Lê Đình Phan** (2017), Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tại tỉnh Hòa Bình, Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương, tr.74

CHI PHÍ HIỆU QUẢ CỦA AFATINIB TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TẠI VIỆT NAM

Phùng Lâm Tới¹, Ong Thế Duệ¹, Đỗ Trà My¹,
Đỗ Quỳnh Trang¹, Nguyễn Tuấn Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính chi phí hiệu quả của Afatinib so với Gefitinib và Erlotinib trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR tại Việt

Nam. **Phương pháp:** Nghiên cứu đánh giá chi phí hiệu quả dựa trên mô hình hoá dựa trên quan điểm của bên chi trả. Mô hình sống sót dịch chuyển từng phần (PSM) được sử dụng để mô phỏng thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ của quần thể bệnh nhân nghiên cứu, với khung thời gian phân tích là 10 năm và độ dài mỗi chu kỳ 1 tháng. Các tham số chi phí điều trị và quản lý biến cố bất lợi được thu thập dựa trên tham vấn chuyên gia lâm sàng. Các tham số về hiệu quả lâm sàng, chất lượng cuộc sống được thu thập từ các nguồn tài liệu đã công bố. **Kết quả:** Phác đồ điều trị

¹Viện Chiến lược & Chính sách Y tế - Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Lâm Tới

Email: phunglamtoi@hspi.org.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

với Afatinib có tổng chi phí cao hơn so với Gefitinib và Erlotinib, đồng thời, số năm sống thêm và số QALY tăng thêm cũng cao hơn so với Gefitinib và Erlotinib. Chỉ số ICER lần lượt là 178.694.204 đồng và 190.963.102 đồng cho mỗi QALY tăng thêm. **Kết luận:** Việc điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR tại Việt Nam bằng Afatinib đạt chi phí hiệu quả khi so với Gefitinib và Erlotinib.

Từ khoá: ung thư phổi không tế bào nhỏ, chi phí – hiệu quả, afatinib, gefitinib, erlotinib.

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS OF AFATINIB IN TREATMENT FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH EGFR MUTATION IN VIETNAM

Objective: To evaluate the cost-effectiveness of Afatinib compared to Gefitinib and Erlotinib in the treatment of non-small cell lung cancer with EGFR mutations in Vietnam. **Methods:** A model-based cost-effectiveness analysis was conducted which employed the payer's perspective. The partition survival modeling (PSM) was used to simulate the survival time of the non-progressive disease and the overall survival time of the study patient population, with a time horizon of 10 years and a cycle length of 1 month. Treatment cost parameters and adverse event management are collected based on clinical expert consultation. Parameters of clinical efficacy and quality of life are collected from published sources. **Results:** The treatment regimen with Afatinib had a higher total cost than Gefitinib and Erlotinib, and the number of life years gained and QALY gained was also higher than that of Gefitinib and Erlotinib. The ICER index is VND 178,694,204 and VND 190,963,102 for each additional QALY. **Conclusion:** The treatment of non-small cell lung cancer with EGFR mutation in Vietnam with Afatinib is cost-effective when compared to Gefitinib and Erlotinib.

Keywords: Non-small cell lung cancer, cost-effectiveness, afatinib, gefitinib, erlotinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong 3 loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. Trong đó, ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm tới khoảng 85% [1]. Ung thư phổi không tế bào nhỏ gây ra gánh nặng về sức khoẻ và kinh tế cho người bệnh cũng như toàn xã hội. Đa số các trường hợp mắc bệnh được phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, làm tăng gánh nặng kinh tế cho bệnh nhân và xã hội.

Điều trị đích trong các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ bao gồm 2 nhóm: thuốc điều trị đích ức chế enzyme tyrosin kinase (TKIs) hoặc chất ức chế tăng sinh mạch. Nhóm thuốc TKIs (Gefitinib, Erlotinib, Afatinib, Osimertinib) là lựa chọn với bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến có đột biến EGFR, đặc biệt là đột

biến tại các exon 19 và 21 sẽ làm tăng sự nhạy cảm của thuốc. Đột biến gen EGFR là loại đột biến gen phổ biến nhất tại Việt Nam. Do đó, các nhóm thuốc TKIs cũng có nhiều loại để lựa chọn. Kết quả từ một số thử nghiệm lâm sàng [2, 3] cho thấy, các loại thuốc đích này mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn và kéo dài thời gian sống thêm tốt hơn cho người bệnh so với hóa trị, nhất là vẫn có thể điều trị được với bệnh nhân thể trạng kém.

Với điều trị bước một, thông thường các bác sĩ lâm sàng thường lựa chọn các TKIs thế hệ I như Gefitinib hoặc Erlotinib, hoặc TKIs thế hệ II như Afatinib, dựa trên đặc điểm loại đột biến, thể trạng của người bệnh và xét đến cả khả năng chi trả của người bệnh. Mặc dù hiện nay các thuốc TKIs thế hệ I và II đều đã được Quỹ bảo hiểm y tế chi trả với tỷ lệ 50%, nhưng bằng chứng về tính chi phí hiệu quả của các thuốc này còn chưa được đề cập tại bối cảnh Việt Nam.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá tính chi phí hiệu quả của Afatinib so với Gefitinib và Erlotinib trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR. Kết quả của nghiên cứu sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có bằng chứng khách quan về tính chi phí hiệu quả của thuốc để lựa chọn điều trị cho bệnh nhân.

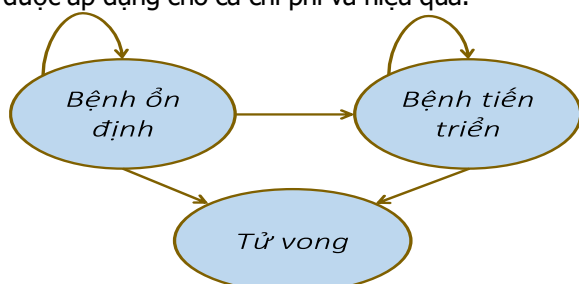
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng thiết kế đánh giá chi phí-hiệu quả dựa trên mô hình hoá, sử dụng quan điểm của cơ quan chi trả Bảo hiểm y tế. Trong đó, mô hình mô phỏng sự tiến triển bệnh của một nhóm bệnh nhân giả định được chẩn đoán mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển tại chỗ hoặc di căn với các đột biến EGFR phổ biến, bao gồm đột biến mất Exon 19 và đột biến L858R.

Tham số về hiệu quả lâm sàng. Mô hình mô phỏng lại hiệu quả về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ khi so sánh giữa Afatinib và Gefitinib, và giữa Afatinib và Erlotinib. Do tính không sẵn có của các thử nghiệm lâm sàng đối đầu giữa các cặp so sánh, nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ phân tích gộp mạng lưới. Đường cong Kaplan-Meier so sánh giữa Afatinib với hai thuốc so sánh được dựng lại dựa trên so sánh trực tiếp giữa Afatinib với phác đồ Pemetrex/Cisplatin và hiệu chỉnh theo tỷ số nguy cơ (HR) thu được từ phân tích gộp mạng lưới (network meta-analysis). Hàm phân phối Weibull được sử dụng để mô phỏng đường cong sống thêm bệnh không tiến triển và sống thêm toàn bộ, do kết quả của phân phối

này có chỉ số tương thích phù hợp nhất.

2.2. Mô hình đánh giá. Mô hình sống còn dịch chuyển từng phần (PSM) được áp dụng để mô phỏng quần thể bệnh nhân giả định mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ (Hình 1). Mô hình này đã được chấp nhận rộng rãi trong việc đánh giá hiệu quả chi phí của các liệu pháp điều trị ung thư. Mô hình bao gồm ba trạng thái sức khỏe: bệnh ổn định (không tiến triển); bệnh tiến triển; và tử vong. Khung thời gian 10 năm được áp dụng và độ dài chu kỳ là 1 tháng. Tỷ lệ chiết khấu 3% được áp dụng cho cả chi phí và hiệu quả.



Hình 3. Cấu trúc mô hình

Các tham số về chi phí. Nghiên cứu này áp dụng quan điểm của bên chi trả (Quỹ Bảo hiểm Y tế), do đó chỉ chi phí y tế trực tiếp được đưa vào mô hình đánh giá. Chi phí thuốc đối với các thuốc TKIs trong nghiên cứu này được sử dụng từ kết quả đấu thầu vào năm 2021. Với các thuốc so sánh (Gefitinib và Erlotinib), giá thuốc được áp dụng là giá thuốc sau khi đàm phán giá căn cứ theo quyết định 2990/QĐ-BYT. Trên thực tế cả 3 thuốc đều đang được quỹ Bảo hiểm Y tế thanh toán 50%, do đó trong nghiên cứu này chi phí thuốc được áp dụng là 50% so với giá trúng thầu. Chi phí điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ và các biến cố bất lợi (mức độ ≥ 3) khi điều trị với các thuốc TKIs được ước tính dựa trên tham vấn các chuyên gia lâm sàng. Tổng cộng có 05 chuyên gia trong lĩnh vực điều trị ung thư, có hơn 10 năm kinh nghiệm làm việc tại các bệnh viện trung ương trên cả nước đã tham gia tư vấn để ước tính các nguồn lực bao gồm các dịch vụ kỹ thuật để điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ và quản lý các biến cố bất lợi. Chi phí y tế trực tiếp sau đó được ước tính theo

TT13/2019 ban hành giá dịch vụ y tế. Tỷ lệ và thời gian các biến cố bất lợi được báo cáo trong thử nghiệm LUX-Lung 7 [4]. Chi phí được biểu diễn dưới giá trị đồng Việt Nam, tại thời điểm năm 2021.

Các tham số về thoả dụng. Dữ liệu thoả dụng được lấy từ các tài liệu đã công bố, trong đó hệ số thoả dụng của người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ được lấy từ thử nghiệm lâm sàng LUX-Lung 1 và LUX-Lung 7, hệ số thoả dụng ở các trạng thái bệnh tiến triển, các trạng thái gặp phải biến cố bất lợi được tổng hợp từ các thử nghiệm lâm sàng liên quan.

2.3. Phân tích độ nhạy. Phân tích độ nhạy một chiều và xác suất được thực hiện nhằm đánh giá tính không chắc chắn của các tham số trong mô hình. Để phân tích độ nhạy một chiều, giới hạn khoảng tin cậy 95%CI được sử dụng cho hầu hết các tham số. Tỷ lệ chiết khấu thay đổi từ 0% đến 6%. Phân tích độ nhạy xác suất được thực hiện với 1000 mô phỏng Monte Carlo trong đó các tham số trong mô hình được gán với các hàm phân phối phù hợp. Kết quả phân tích độ nhạy một chiều được trình bày trên biểu đồ Tornado, kết quả phân tích độ nhạy xác suất được trình bày trên biểu đồ mặt phẳng chi phí hiệu quả và đường cong chấp nhận chi phí.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả phân tích nền. Kết quả phân tích nền cho thấy tổng chi phí điều trị với phác đồ sử dụng Afatinib là 403.440.333 đồng. Trong khi đó, tổng chi phí điều trị ở nhóm điều trị với Gefitinib và Erlotinib lần lượt là 317.081.615 đồng và 315.808.382 đồng. Xét về hiệu quả, phác đồ điều trị với Afatinib có số QALY tăng thêm là 2,104; trong khi con số này ở nhóm điều trị với Gefitinib và Erlotinib lần lượt là 1,621 và 1,645. Tỷ số chi phí gia tăng dựa trên số năm hiệu chỉnh theo chất lượng cuộc sống tăng thêm (ICER) lần lượt là 178.694.204 đồng và 190.963.102 đồng khi so sánh giữa Afatinib với Gefitinib và Erlotinib (Bảng 1). Các kết quả ICER này thấp hơn ngưỡng 3 GDP bình quân đầu người tại Việt Nam (khoảng 271 triệu đồng).

Bảng 2. Kết quả phân tích nền

	Afatinib	Gefitinib	Erlotinib
Chi phí thuốc (VNĐ)	191.154.720	103.818.015	101.987.444
Chi phí điều trị trạng thái bệnh không tiến triển (VNĐ)	7.009.419	5.266.442	5.083.882
Chi phí điều trị trạng thái bệnh tiến triển (VNĐ)	199.767.934	202.520.976	203.264.404
Chi phí quản lý biến cố bất lợi (AEs)	94.096	62.018	58.488
Chi phí xét nghiệm đột biến EGFR	5.414.000	5.414.000	5.414.000
Tổng chi phí (VNĐ)	403.440.333	317.081.615	315.808.382

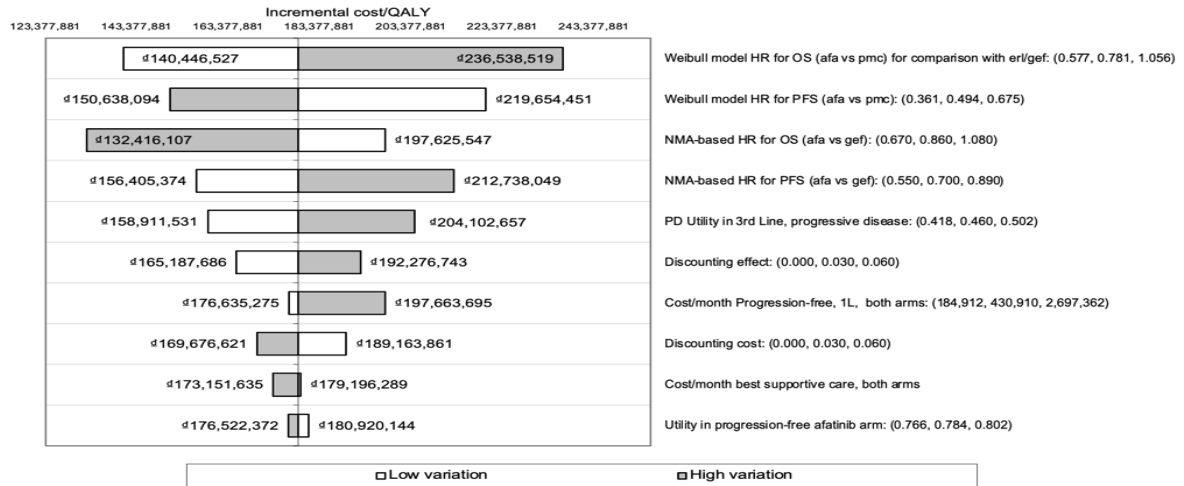
Số năm sống thêm (LYs)	2,937	2,679	2,754
SỐ QALYs	2,104	1,621	1,645
So sánh			
Chi phí tăng thêm	-	86.358.717	89.167.275
Số năm sống tăng thêm (LYs)	-	0.258	0.183
SỐ QALYs tăng thêm	-	0.483	0.459
ICER (VNĐ)	-	178.694.204	190.963.102

3.2. Kết quả phân tích độ nhạy

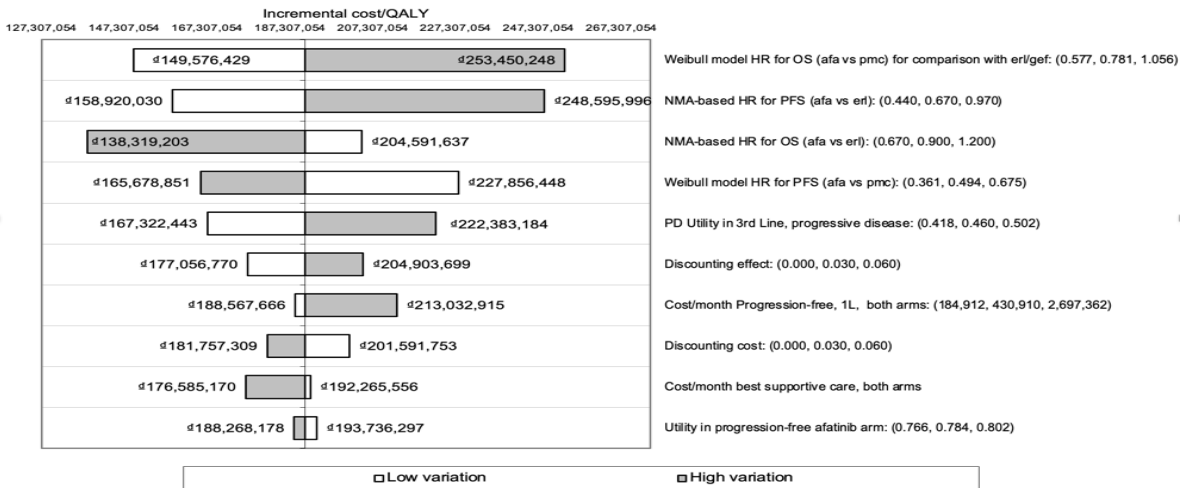
Kết quả phân tích độ nhạy một chiều.

Phân tích độ nhạy một chiều được thực hiện trên tất cả các tham số trong mô hình nhằm tìm hiểu ảnh hưởng của tính không chắc chắn của các tham số lên kết quả về chi phí hiệu quả. Biểu đồ Tornado trình bày kết quả 10 tham số có ảnh hưởng nhiều nhất đến kết quả về tính chi phí – hiệu quả khi so sánh giữa Afatinib với Gefitinib (Hình 2) và Erlotinib (Hình 3). Kết quả cho thấy hàm phân phối Weibull mô phỏng đường cong

sống thêm toàn bộ và đường cong sống thêm bệnh không tiến triển khi so sánh bắc cầu giữa Afatinib với các thuốc so sánh, thông qua cặp so sánh với phác đồ hoá trị Pemetrex/Cisplatin có ảnh hưởng lớn nhất đến kết quả về tính chi phí hiệu quả của mô hình. Tuy vậy, các giá trị ICER thu được ở cận trên khi so sánh với Gefitinib (236.538.519 đồng – Hình 2), và Erlotinib (253.450.248 đồng – Hình 3) vẫn nằm dưới ngưỡng chi phí hiệu quả 3 GDP bình quân đầu người tại Việt Nam.

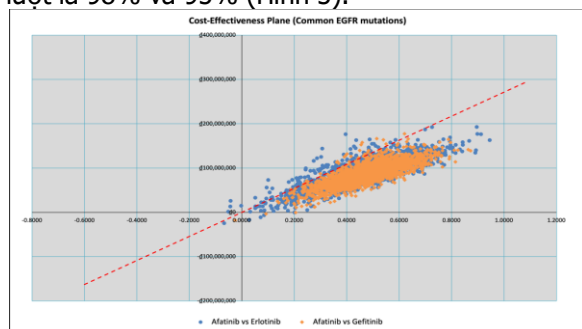


Hình 4. Biểu đồ Tornado phân tích độ nhạy một chiều – so sánh Afatinib so với Gefitinib

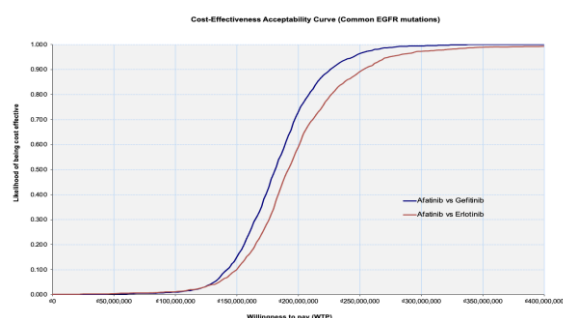


Hình 5. Biểu đồ Tornado phân tích độ nhạy một chiều – so sánh Afatinib so với Erlotinib

Kết quả phân tích độ nhạy xác suất. Kết quả phân tích độ nhạy xác suất cho thấy với 1000 vòng lặp được mô phỏng, đa số các điểm mô phỏng kết quả ICER khi so sánh giữa Afatinib với Gefitinib và Erlotinib đều nằm dưới đường ngưỡng sẵn sàng chi trả 3 GDP bình quân đầu người tại Việt Nam (Hình 4). Đồng thời, tại ngưỡng chi trả 3 GDP bình quân đầu người tại Việt Nam (khoảng 271 triệu đồng), xác suất đạt chi phí hiệu quả của Afatinib khi so sánh với Gefitinib và Erlotinib lần lượt là 98% và 95% (Hình 5).



Hình 6. Biểu đồ mặt phẳng chi phí hiệu quả



Hình 7. Đường cong chấp nhận chi phí hiệu quả

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy Afatinib đạt chi phí hiệu quả khi so sánh với hai thuốc TKIs thế hệ một là Gefitinib và Erlotinib trong điều trị bước một cho người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ. Kết quả này tương tự với báo cáo tại Trung Quốc khi cho thấy nhóm điều trị với Afatinib đạt được thêm lần lượt 0,382; 0,216 và 0,174 QALYs với chi phí tăng thêm lần lượt là \$7930, \$3680 và \$2818 khi so với phác đồ hoá trị Pemetrex/Cisplatin, Gefitinib và Erlotinib, dẫn đến các ICER lần lượt là \$20,758, \$17,693 và \$16,197 cho mỗi QALY tăng thêm [5]. Kết quả này cho thấy Afatinib đạt chi phí hiệu quả khi so sánh với các phác đồ hoá trị Pemetrex/Cisplatin, Gefitinib và Erlotinib tại bối cảnh Trung Quốc.

Điểm tương tự giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu được tiến hành tại Trung Quốc đều là các nghiên cứu dựa trên mô hình hoá. Do

vậy, tính không chắc chắn của các tham số trong mô hình là yếu tố có thể tác động đến kết quả, và đôi khi thay đổi hoàn toàn kết luận về tính chi phí hiệu quả. Trong nghiên cứu này, tỷ số nguy hại (hazard ratios) về thời gian sống thêm toàn bộ khi so sánh giữa afatinib với gefitinib và erlotinib là các tham số có ảnh hưởng nhiều nhất đến kết quả nghiên cứu. Tuy nhiên, các giá trị ICER thu được ở cận trên khi so sánh với Gefitinib và Erlotinib vẫn nằm dưới ngưỡng chi phí hiệu quả 3 GDP bình quân đầu người tại Việt Nam. Như vậy, mặc dù các tham số này có ảnh hưởng đến kết quả ICER nhưng không làm thay đổi kết luận về tính chi phí hiệu quả của Afatinib.

Trong bối cảnh các nghiên cứu sử dụng dữ liệu đời thực (RWE), một nghiên cứu tại Canada đã tiến hành so sánh Afatinib với Gefitinib và Erlotinib trên dữ liệu điều trị thực tại Ontario Cancer Registry. Kết quả cho thấy Erlotinib bị vượt trội bởi Afatinib. Trong khi đó, khi so sánh với Gefitinib có chỉ số ICER là \$46,506/1 QALY, thấp hơn ngưỡng chi trả \$50,000 tại Canada. Kết quả cho thấy Afatinib cũng đạt chi phí hiệu quả khi so sánh với Gefitinib [6].

Như vậy có thể thấy, Afatinib là một lựa chọn phù hợp hơn so với các TKIs thế hệ I để điều trị cho người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR trong bối cảnh Afatinib đã được quỹ Bảo hiểm y tế chi trả 50% theo quy định tại thông tư 30/2018/TT-BYT và thông tư 20/2022/TT-BYT. Việc điều trị bước một với Afatinib giúp người bệnh có thời gian sống thêm dài hơn, và đạt chi phí-hiệu quả hơn so với các thuốc TKI thế hệ I.

V. KẾT LUẬN

Việc điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR bằng Afatinib đạt chi phí hiệu quả khi so sánh với Gefitinib và Erlotinib. Chỉ số ICER lần lượt là 178.694.204 đồng và 190.963.102 đồng cho mỗi QALY tăng thêm.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ của Công ty Boehringer Ingelheim Việt Nam. Nhóm nghiên cứu tuyên bố không có bất cứ xung đột lợi ích nào khi thực hiện nghiên cứu và mọi vấn đề về kỹ thuật và nội dung nghiên cứu không có sự can thiệp của nhà tài trợ. Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn các chuyên gia lâm sàng đã tham gia cung cấp thông tin cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Cancer Society. Cancer Facts &

- Figures** 2022. 2022; Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>.
- Paz-Ares, L., et al.,** Afatinib versus gefitinib in patients with EGFR mutation-positive advanced non-small-cell lung cancer: overall survival data from the phase IIb LUX-Lung 7 trial. *Ann Oncol*, 2017. 28(2): p. 270-277.
 - Yang, J.C., et al.,** Clinical activity of afatinib in patients with advanced non-small-cell lung cancer harbouring uncommon EGFR mutations: a combined post-hoc analysis of LUX-Lung 2, LUX-Lung 3, and LUX-Lung 6. *Lancet Oncol*, 2015. 16(7): p. 830-8.
 - Park, K., et al.,** Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 2016. 17(5): p. 577-89.
 - Gu, X., et al.,** Cost-effectiveness of afatinib, gefitinib, erlotinib and pemetrexed-based chemotherapy as first-line treatments for advanced non-small cell lung cancer in China. *Lung Cancer*, 2019. 127: p. 84-89.
 - Kim, Y.J., et al.,** Cost-Effectiveness Analysis of Afatinib, Erlotinib, and Gefitinib as First-Line Treatments for EGFR Mutation-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer in Ontario, Canada. *Pharmacoeconomics*, 2021. 39(5): p. 537-548.

TỶ LỆ BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN ĐÃ CAN THIỆP TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Bá Hiếu¹, Võ Duy Văn¹, Đoàn Tuấn Vũ¹, Trần Ngọc Cẩm², Nguyễn Thùy Chinh², Nguyễn Thị Thu Hoài², Huỳnh Thị Nhung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ của các biến cố tim mạch chính theo dõi dọc sau can thiệp và bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa các biến cố tim mạch chính với một số yếu tố nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp:** 78 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành từ 1/2019 đến tháng 12/2019 và được theo dõi 3 năm sau can thiệp. Phương pháp: Mô tả cắt ngang có theo dõi. **Kết quả:** Tỷ lệ các biến cố tim mạch chính là 15,4% trong đó tỷ lệ bệnh nhân tái can thiệp mạch vành 5,1%, bệnh nhân đột quỵ là 3,8%, tỷ lệ bệnh nhân NMCT tái phát là 3,8%, bệnh nhân tử vong do nguyên nhân tim mạch là 2,6%. Tuổi ≥ 75 tuổi (OR 1,04, $p < 0,05$), RLLP máu (OR 1, $p < 0,05$), Killip ≥ 2 (OR 0,13, $p < 0,05$) là các yếu tố nguy cơ độc lập của các biến cố tim mạch chính với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ các biến cố tim mạch chính là 15,4%, tuổi ≥ 75 tuổi, Rối loạn lipid máu, Killip ≥ 2 là các yếu tố nguy cơ độc lập của các biến cố tim mạch.

Từ khóa: Biến cố tim mạch chính, can thiệp mạch vành.

SUMMARY

THE RATE OF MAJOR CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES UNDERGONE CORONARY INTERVENTION AT THE

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bá Hiếu

Email: tran.hieu.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE- BACH MAI HOSPITAL

Objective: Survey the rate of major cardiovascular events in patients with acute coronary syndromes undergone coronary intervention and find the relation between major cardiovascular events with the risk factors. **Subject and methods:** 78 patients with acute coronary syndrome had coronary intervention and followed from January 2019 to December 2019 after the intervention, at Vietnam National Heart Institute. **Results:** The rate of major cardiovascular events was 15,4%, including mortality was 2,6%, stroke was 3,8%, myocardial infarction was 3,8%, and re-intervention or surgery was 5,1%. Age ≥ 75 (OR= 1.04), dyslipidemia (OR= 1), and Killip ≥ 2 (OR= 0,13) were independent risk factors of the major cardiovascular events. **Conclusion:** The rate of major cardiovascular events was 15,4%, Age ≥ 75 , dyslipidemia, and Killip ≥ 2 were independent risk factors of the major cardiovascular events. **Keywords:** Major cardiovascular events, intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCVC có ST chênh lên là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại các nước phát triển và cũng đang tăng nhanh chóng ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Tại Mỹ mỗi năm có xấp xỉ 635 000 người mắc HCVC mới và xấp xỉ 280 000 người tái nhập viện do HCVC. Mặc dù tỉ lệ tử vong do HCVC đã giảm đáng kể nhưng những người có HCVC tái diễn vẫn có nguy cơ tử vong cao gấp 5-6 lần.

Can thiệp động mạch vành qua da thì đầu cho đến nay đã được triển khai rộng rãi ở các trung tâm can thiệp trên cả nước (8). Tại Viện