

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ KINH TẾ Y TẾ CỦA PHẪU THUẬT KÍCH THÍCH NÃO SÂU Ở BỆNH NHÂN PARKINSON TẠI VIỆT NAM

Trần Ngọc Tài^{1,2}, Võ Ngọc Chung Khang^{1,2}, Thái Thanh Trúc²,
Đặng Thị Huyền Thương^{1,2}, Hà Ngọc Lê Uyên^{1,2}, Phạm Anh Tuấn³,
Nguyễn Anh Diễm Thúy³, Thái Hoài Nam¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Kích thích não sâu (KTNS) đã được chứng minh là có hiệu quả lâm sàng và tiết kiệm chi phí trong điều trị bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị này ở bệnh nhân bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển ở Việt Nam vẫn chưa được biết đến. **Phương pháp:** Đây là một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu. Hai nhóm bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển được điều trị phẫu thuật KTNS và được điều trị nội khoa (ĐTNC) tối ưu được chọn vào nghiên cứu. Người tham gia được đánh giá thang MDS-UPDRS khi "tắt máy"/ "tắt thuốc" và khi "bật máy/tắt thuốc" đối với nhóm KTNS và khi "tắt thuốc" đối với nhóm ĐTNC. Bảng câu hỏi chất lượng sống của EQ-5D-5L, liều tương đương levodopa (LED) và chi phí điều trị (biến chứng phẫu thuật, thay pin, tái khám, chăm sóc sức khỏe liên quan, thuốc men và chi phí gián tiếp) cũng được ghi nhận ở hai nhóm. Các lợi ích về sức khỏe sau đó được đo lường bằng QALY (số năm sống được điều chỉnh theo chất lượng) hoặc theo điểm của các chỉ số lâm sàng. Tất cả dữ liệu được ghi lại ở lần khám ban đầu, sau 3 tháng và 6 tháng. Phương trình ước tính tổng quát (GEE) đã được sử dụng để ước tính hiệu quả giữa hai liệu pháp. **Kết quả:** Tổng cộng có 73 người tham gia, trong đó có 36 người thuộc nhóm KTNS và 37 người thuộc nhóm ĐTNC. Độ tuổi trung bình tại thời điểm nghiên cứu là $63,1 \pm 9,6$ ở nhóm KTNS so với $58,2 \pm 8,7$ ở nhóm ĐTNC ($p=0,027$). Thời gian mắc bệnh ở nhóm KTNS là $14,0 \pm 5,2$ năm so với $9,7 \pm 5,4$ năm ở nhóm ĐTNC ($p=0,001$). Trong phân tích hiệu quả lâm sàng, MDS-UPDRS-III là $42,2 \pm 14,2$ ở nhóm KTNS khi "bật máy/tắt thuốc" so với $64,6 \pm 18,2$ ở nhóm KTNS khi "tắt máy/tắt thuốc" ($p<0,001$) và so với $41,4 \pm 11,0$ ở nhóm ĐTNC khi "tắt thuốc" ($p=0,785$). LED giảm đáng kể ở nhóm KTNS so với nhóm ĐTNC ($514,6 \pm 322,7$ so với $1218,9 \pm 402,3$, $p<0,01$). Trong phân tích hiệu quả chi phí, so với nhóm ĐTNC, nhóm KTNS có hiệu quả chi phí tốt hơn trong tương quan với MDS-UPDRS-IV với tỉ số hiệu quả chi phí tăng thêm tuần tự là 1,45, 1,47, 1,56 điểm ở mỗi lần thăm khám 3 tháng ($p<0,05$). **Kết luận:** KTNS cải thiện đáng kể các triệu chứng vận động và KTNS có thể có hiệu quả về mặt chi phí ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển ở

Việt Nam. **Từ khóa:** Bệnh Parkinson, kích thích não sâu, MDS-UPDRS, hiệu quả chi phí

SUMMARY

CLINICAL AND COST EFFECTIVENESS OF DEEP BRAIN STIMULATION IN VIETNAMESE PATIENTS WITH ADVANCED PARKINSON'S DISEASE

Background: Deep brain stimulation (DBS) has been shown to be clinically effective and cost-effective in the treatment of advanced Parkinson's disease (APD). However, this effectiveness in Vietnamese advanced Parkinson's patients haven't been known. **Methods:** This was a prospective cohort study. The DBS-APD group and the best medical therapy (BMT)-APD group candidating for DBS were selected. All participants were evaluated MDS-UPDRS OFF-DBS/OFF-Med and ON-DBS/OFF-Med in DBS-APD group and OFF-Med in BMT-APD group, QoL Questionnaire of EQ-5D-5L, levodopa equivalent dose (LED) and costs of treatments (surgical complication, battery replacement, follow-up visits, allied health care, medications, and indirect costs). The health benefits were subsequently measured in QALYs (quality-adjusted life years) or in points of clinical indices. All data were recorded at baseline, 3-month and 6-month visit. Generalized Estimating Equation (GEE) was used to estimate effectiveness between two therapies. **Results:** A total of 73 participants were included with 36 for DBS-APD group and 37 for BMT-APD group. Average age at study time was 63.1 ± 9.6 in DBS-APD group versus 58.2 ± 8.7 in BMT-APD group ($p=0.027$). The duration of disease was 14.0 ± 5.2 years in DBS-APD group versus 9.7 ± 5.4 years in BMT-APD group ($p=0.001$). In clinically effective analysis, MDS-UPDRS-III was 42.2 ± 14.2 in DBS-APD group with ON-DBS and OFF-Medication versus 64.6 ± 18.2 in DBS-APD group with OFF-DBS and OFF-Medication ($p<0.001$) and versus 41.4 ± 11.0 in BMT-APD group with OFF-Medication ($p=0.785$). LED reduced significantly in DBS-APD group versus BMT-APD group (514.6 ± 322.7 vs 1218.9 ± 402.3 , $p<0.01$). In cost-effectiveness analysis, compare to BMT-APD group, DBS-APD group was more cost-effective in correlation with MDS-UPDRS-IV with the sequential incremental utility 1.45, 1.47, 1.56 points at each 3-month visit ($p<0.05$). **Conclusions:** DBS improved significantly in motor symptoms and DBS could be cost-effective in Vietnamese advanced PD. **Keywords:** Parkinson's disease, deep brain stimulation, MDS-UPDRS, cost-effectiveness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một trong những bệnh

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Thái Hoài Nam

Email: nam.th@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

thoái hoá thần kinh triển triển thường gặp nhất với triệu chứng lâm sàng kinh điển là run lúc nghỉ, chậm cử động, đờ cứng và mất ổn định tư thế. Tuổi khởi phát trung bình là 65 tuổi và bệnh ảnh hưởng khoảng 1% dân số trên 60 tuổi [1]. Cho đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị nào giúp chữa lành bệnh Parkinson cũng như làm chậm diễn tiến của bệnh mà chủ yếu là điều trị giảm triệu chứng. Các thuốc uống như levodopa, đồng vận dopamine và ức chế MAO-B được xem là những thuốc đầu tay trong điều trị bệnh Parkinson giai đoạn sớm [2]. Khi bệnh chuyển sang giai đoạn tiến triển và có biến chứng loạn động và dao động vận động, việc phối hợp cũng như điều chỉnh các thuốc trở nên kém hiệu quả. Khi đó phẫu thuật đặt điện cực kích thích não sâu được xem như một trong những phương pháp điều trị xâm lấn được lựa chọn cho bệnh nhân giai đoạn này. Nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên mù đôi cho thấy phẫu thuật đặt điện cực kích thích não sâu có hiệu quả và an toàn trên bệnh nhân Parkinson giai đoạn muộn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần [3]. Ở khu vực Đông Nam Á, một số nước đã báo cáo hiệu quả của phẫu thuật kích thích não sâu ở bệnh nhân Parkinson [4].

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả kinh tế y tế của phẫu thuật kích thích não sâu đã được thực hiện ở các nước phát triển phương Tây như Mỹ, Anh, Đức cho thấy phẫu thuật kích thích não sâu ở người bệnh Parkinson có hiệu quả kinh tế khi so với điều trị nội khoa [5]. Tuy nhiên, theo hiểu biết của chúng tôi, chưa thấy nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả kinh tế y tế này ở dân số các nước đang phát triển cũng như ở Đông Nam Á. Phẫu thuật kích thích não sâu được thực hiện tại Việt Nam lần đầu tiên năm 2012 tại Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương, sau đó tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2016. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật này trên những bệnh nhân bệnh Parkinson Việt Nam cũng như hiệu quả kinh tế y tế của phương pháp điều trị này ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu quan sát đoàn hệ tiến cứu được thực hiện ở bệnh nhân Parkinson điều trị theo phương pháp phẫu thuật kích thích não sâu hoặc phương pháp điều trị thuốc tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian từ 8/2020 đến 3/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh là những bệnh nhân

được chẩn đoán xác định bệnh Parkinson, tuổi > 18, và có biến chứng vận động và đã được phẫu thuật kích thích não sâu (với nhóm đã phẫu thuật) hoặc đủ tiêu chuẩn chọn cho phẫu thuật kích thích não sâu (với nhóm ĐTNK chưa phẫu thuật). Tiêu chuẩn loại trừ gồm hội chứng Parkinson mà không phải bệnh Parkinson, bệnh Parkinson dưới 5 năm, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu là 66 ca bệnh với 33 ca bệnh Parkinson mỗi nhóm. Những bệnh nhân đến khám tại hai bệnh viện nghiên cứu và thỏa thỏa tiêu chí nghiên cứu được thu thập thông tin trong 3 giai đoạn: giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng. Với bệnh nhân đang điều trị theo phương pháp kích thích não sâu thì được đánh giá hiệu quả điều trị tại thời điểm mở máy và thời điểm tắt máy. Kết quả đánh giá được ghi nhận qua thang điểm đánh giá bệnh Parkinson thống nhất của Hội bệnh Parkinson và rối loạn vận động thế giới (viết tắt MDS-UPDRS) và thang điểm Hoehn & Yahr (HY). Với bệnh nhân Parkinson được điều trị bằng thuốc cũng được đánh giá bằng thang điểm MDS-UPDRS này. Tất cả bệnh nhân được đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần, sa sút trí tuệ và chất lượng cuộc sống qua các công cụ GDS, MMSE, chất lượng sống EQ-5D-5L và ADL. Tất cả bệnh nhân được phỏng vấn để khai thác thông tin về chi phí cho y tế và chi phí không cho y tế cũng như khả năng sẵn sàng chi trả cho các kỹ thuật điều trị. Các đặc điểm nền bao gồm các đặc điểm về bệnh, đặc điểm dân số xã hội, tình trạng sức khỏe chung và bệnh nền (bao gồm liệu levodopa tương đương LED) cũng được thu thập.

Về hiệu quả lâm sàng, sự thay đổi điểm thang đo MDS-UPDRS qua 3 lần đánh giá (lúc ban đầu, 3 tháng sau và 6 tháng sau) được phân tích theo phương pháp Generalized Estimating Equation để đánh giá và so sánh hiệu quả điều trị thực tế giữa hai phương pháp. Kết quả được trình bày dưới dạng mức độ thay đổi của các thang điểm này cùng với khoảng tin cậy 95% theo thời gian ở các phương pháp điều trị và so sánh giữa hai phương pháp điều trị. Tất cả các kiểm định là dạng 2 đuôi và được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Về chi phí điều trị, chúng tôi lựa chọn ước tính các chi phí trên quan điểm của bệnh nhân. Trong đó, chi phí trực tiếp cho y tế bao gồm chi dịch vụ khám chữa bệnh, ngày giường, thuốc và vật tư y tế, các dịch vụ hỗ trợ (ví dụ: xét nghiệm, chụp chiếu, phẫu thuật, v.v...). Các chi phí được bảo hiểm y tế hỗ trợ được tách riêng ra

khỏi chi phí trực tiếp dành cho y tế. Các chi phí trực tiếp không cho y tế (ví dụ: chi phí di chuyển, ăn ở và những chi phí phát sinh trong quá trình điều trị) sẽ được ước tính theo phương pháp phân bổ từng bước. Tất cả các chi phí được ghi nhận theo đơn vị Việt Nam đồng và được hiệu chỉnh theo chỉ số giá tiêu dùng tại thời điểm nghiên cứu.

Về chi phí và hiệu quả, chúng tôi tính tỉ số hiệu quả chi phí tăng thêm (ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio) thô, trong đó sẽ tính toán sự khác biệt về chi phí của hai phương pháp điều trị chia cho mức độ khác biệt về hiệu quả điều trị (cụ thể là số năm sống điều chỉnh theo chất lượng cuộc sống - QALYs và số năm sống tăng thêm - LYs) của hai phương pháp. Phân tích nền được thực hiện để ước tính chỉ số chi phí hiệu quả tăng thêm ICER cho bệnh nhân Parkinson điều trị theo phương pháp phẫu thuật kích thích não sâu.

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức tại BV ĐHYD Tp.HCM số 50-GCN-HHDD ngày 20/11/2020 và bệnh nhân đồng ý tham gia đã ký văn bản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/12/2020 đến 31/8/2021, chúng tôi đã tiến hành khảo sát 36 bệnh nhân Parkinson đã thực hiện KTNS đến khám tại bệnh viện Đại học y dược TP.HCM và bệnh viện Nguyễn Tri Phương và 37 bệnh nhân Parkinson điều trị nội tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Đặc điểm ban đầu của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm bệnh nhân		P
	Nhóm KTNS	Nhóm ĐTNK	
Giới			
Nữ	19 (52,8)	16 (43,2)	0,415
Nam	17 (47,2)	21 (56,8)	
Tuổi (năm) TB (ĐLC)	63,1 (9,6)	58,2 (8,7)	0,027
Tuổi khởi phát (năm) TB (ĐLC)	49,1 (9,6)	48,5 (9,7)	0,802
Thời gian bệnh (năm) TB (ĐLC)	14,0 (5,2)	9,7 (5,4)	0,001
Thời gian bệnh (năm)			

Bảng 3: Đánh giá chi phí hiệu quả qua các chỉ số giữa hai nhóm theo thời gian

	Ban đầu		3 tháng		6 tháng	
	Nhóm KTNS	Nhóm chứng	Nhóm KTNS	Nhóm chứng	Nhóm KTNS	Nhóm chứng
Chi phí (x1000 đồng)	21181	9526	6146	12242	21086	11180

<10	3 (8,3)	22 (59,5)	<0,001
10-14	21 (58,3)	9 (24,3)	
≥15	12 (33,3)	6 (16,2)	
Tiền sử gia đình mắc bệnh Parkinson			
Không	32 (88,9)	34 (91,9)	0,711
Có	4 (11,1)	3 (8,1)	

Nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lâm sàng giữa nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK về các biến MDS-UPDRS phần 1, MDS-UPDRS phần 3, và MDS-UPDRS phần 4, nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê yếu giữa nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK về biến MDS-UPDRS phần 2 trong đó nhóm ĐTNK tốt hơn so với nhóm KTNS. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên thang điểm MDS-UPDRS phần 3 ở nhóm KTNS khi tắt máy so với mở máy với mở máy cải thiện điểm đáng kể (p<0,001). (bảng 2)

Bảng 2: Đánh giá hiệu quả lâm sàng giữa hai nhóm KTNS và ĐTNK tại thời điểm ban đầu

Thang điểm	Nhóm bệnh nhân		P
	KTNS	ĐTNK	
MDS-UPDRS phần 1	9,00 ±5,58	10,27 ±5,11	0,341
MDS-UPDRS phần 2	19,14 ±8,75	14,84 ±6,87	0,024
MDS-UPDRS phần 3 (Ngưng thuốc/Tắt máy)	64,6 ±18,2	41,4 ±11,0	<0,001
MDS-UPDRS phần 3 (Ngưng thuốc/Mở máy)	42,2 ±14,2	41,4 ±11,0	0,785
MDS-UPDRS phần 4	5,58 ±2,86	6,37 ±2,83	0,295
LED (mg)	514,58 ±322,73	1013,51 ±402,36	<0,001

Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hiệu quả kinh tế y tế giữa nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK về các biến MDS-UPDRS phần 1, MDS-UPDRS phần 2, MDS-UPDRS phần 3, MMSE, GDS, QoL, QALY, ADL (dựa vào mô hình GEE có hiệu chỉnh theo tuổi và thời gian bệnh). Tuy nhiên, bên cạnh đó lại ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hiệu quả giữa nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK về MDS-UPDRS phần IV và LED (dựa vào mô hình GEE có hiệu chỉnh theo tuổi và thời gian bệnh) (bảng 3).

Mức khác biệt chi phí ^a (x1000 đồng)		11655	-6096	9906
MDS-UPDRS phần 1	Hiệu quả ^{a, b}	-2,128 Ref; p=0.108	-1,656; p=0.178	-0,628; p=0.617
	ICER	-5477	3681	-15774
MDS-UPDRS phần 2	Hiệu quả	1,648; p=0.352	-0,047; p=0.977	0,842; p=0.591
	ICER	7072	78319	11.764
MDS-UPDRS phần 3	Hiệu quả	1.996; p=0.397	6.773**; p=0.005	5.662*; p=0.012
	ICER	5839	-900	1749
MDS-UPDRS phần 4	Hiệu quả	-1,450*; p=0.043	-1,478*; p=0.035	-1,561*; p=0.028
	ICER	-8037	4124	-6346
HY	Hiệu quả	0.053; p=0.763	0.109; p=0.540	0.137; p=0.436
	ICER	219905	-55926	72306
LED	Hiệu quả	-738,33**; p=0.001	-705,501**; p=0.001	-699,32* p=0.002
	ICER	-15.785	8.64	-14.165
MMSE	Hiệu quả	1,070; p=0.094	1,153; p=0.078	1,098; p=0.085
	ICER	10892	-5287	9021
GDS	Hiệu quả	0,158; p=0.877	-0,564; p=0.578	-0,898; p=0.377
	ICER	73765	10808	- 11031
QoL	Hiệu quả	0,044; p=0.485	0,072; p=0.237	0,075; p=0.248
	ICER	264886	- 84667	132080
QALY	Hiệu quả	0,011; p=0.485	0,018; p=0.237	0,019; p=0.248
	ICER	1059545	- 338667	521368
ADL	Hiệu quả	4,896; p=0.305	7,535; p=0.117	7,535; p=0.097
	ICER	2380	-809	1314

a: Nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK, b: Hiệu quả nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK dựa vào mô hình GEE có hiệu chỉnh theo tuổi và thời gian bệnh, *: Khác biệt có ý nghĩa thống kê *** < 0,001 < ** < 0,01 < * < 0,05

IV. BÀN LUẬN

KNTS được hiệp hội Thuốc và thực phẩm Hoa Kỳ đồng ý tiến hành trên bệnh nhân Parkinson từ năm 2002 và cũng đã được Bộ Y tế Việt Nam chấp thuận. Phẫu thuật KTNS đã thực hiện tại Việt Nam hơn 10 năm qua và kết quả nghiên cứu này cho thấy KTNS có hiệu quả lâm sàng trong việc cải thiện các triệu chứng vận động thông qua các thang điểm đánh giá chủ quan và khách quan.

Các nghiên cứu đôi chứng ngẫu nhiên trên thế giới cho thấy KTNS giúp cải thiện các triệu chứng bệnh Parkinson theo thang điểm UPDRS ở nhóm KTNS so với nhóm ĐTNK [3]. Nghiên cứu theo dõi 5 năm của Krack và cộng sự năm 2003 cho thấy KTNS cải thiện triệu chứng vận động đáng kể, trong đó nhiều nhất là cải thiện triệu chứng run lên đến 79%[6]. Trong nghiên cứu chúng tôi, 2 nhóm KTNS và nhóm ĐTNK không tương đồng nhau ở giai đoạn tuyển chọn ban đầu. Nhóm KTNS có tuổi trung bình lớn hơn nhóm ĐTNK là 4,9 tuổi (p=0,024) và có thời gian mắc bệnh lâu hơn nhóm ĐTNK là 4,3 năm (p<0,001). Tuy nhiên, khi bật máy KTNS lên thì

các phần của thang MDS-UPDRS phần 1, 3 và 4 đều không khác biệt có ý nghĩa so với nhóm ĐTNK có số năm mắc bệnh ngắn hơn 4,3 năm (p=0,785). Điều đó cho thấy hiệu quả của KTNS giúp cải thiện triệu chứng ngoài vận động (MDS-UPDRS phần 1), cải thiện triệu chứng vận động (MDS-UPDRS phần 3) và cải thiện biến chứng vận động do levodopa (MDS-UPDRS phần 4).

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy sau phẫu thuật KTNS, liều trung bình levodopa tương đương giảm đáng kể so với nhóm bệnh nhân ĐTNK, cụ thể liều levodopa tương đương trung bình (LED) giảm từ 1013mg xuống còn 514mg (khoảng 50%). Liều LED hiện tại trung bình sau phẫu thuật KTNS thấp nhẹ so với các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Visser-Vandewalle là 474 mg và nghiên cứu của Merola A là 489 mg [7]. Tuy nhiên so với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới thì liều levodopa tương đương này lại thấp hơn như nghiên cứu của Moro E (791 mg) [8]. Điều này cho thấy KTNS giúp giảm lượng thuốc bệnh nhân phải sử dụng mỗi ngày, giảm tác dụng phụ cũng như giảm chi phí điều trị nội sau phẫu thuật.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy KTNS có hiệu quả kinh tế đối với bệnh nhân Parkinson tuy nhiên chất lượng của các nghiên cứu còn thấp nhưng chưa thấy nghiên cứu nào tương tự ở khu vực Đông Nam Á. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy các chỉ số MDS-UPDRS phần 4 và liều

levodopa tương đương (LED) có hiệu quả kinh tế y tế khi so sánh nhóm KTNS và nhóm ĐTNK thông qua chỉ số chi phí hiệu quả tăng thêm ICER. Trong khi đó, các chỉ số MDS-UPDRS phần 1, phần 2, phần 3, và giai đoạn HY thì không ghi nhận hiệu quả kinh tế y tế này. Điều này cũng có thể được lý giải là do nhóm KTNS và nhóm ĐTNK không tương đồng. Nhóm KTNS có thời gian mắc bệnh lâu hơn và có độ nặng ban đầu nặng hơn so với nhóm ĐTNK cho nên khi bật máy KTNS thì triệu chứng lâm sàng cũng chỉ cải thiện bằng với triệu chứng của nhóm bệnh nhân ĐTNK.

Như đã đề cập ở trên, hiệu quả lâm sàng và kinh tế y tế của nhóm KTNS thay đổi không nhiều so với nhóm ĐTNK là do sự không tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu. Đây là điểm hạn chế quan trọng nhất của nghiên cứu này. Sở dĩ điều này xảy ra là chúng tôi không lường trước được sự khó khăn của việc thu thập mẫu tương đồng do thời kỳ đại dịch Covid-19, các bệnh nhân Parkinson lớn tuổi ĐTNK không đi tái khám theo hẹn nên không thu thập được trong khi các bệnh nhân KTNS tái khám đầy đủ hơn để chỉnh máy. Hơn nữa, bệnh nhân Parkinson giai đoạn quá nặng có MDS-UPDRS phần 3 lớn hơn 60 (như nhóm KTNS trong nghiên cứu này) thường tàn phế nặng, ít có cơ hội đi tái khám mà được chăm sóc giảm nhẹ tại nhà. Sự cần thiết để có một nghiên cứu tiếp theo được thiết kế tốt hơn tại Việt Nam để đánh giá hơn nữa hiệu quả kinh tế của KTNS ở bệnh nhân Parkinson ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

KTNS cải thiện đáng kể các triệu chứng vận động và KTNS có thể hiệu quả về mặt kinh tế y tế ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển ở Việt Nam. Nghiên cứu này đóng góp thêm số liệu cho các nhà hoạch định chính sách cân nhắc đến quyền lợi bảo hiểm y tế của người bệnh Parkinson Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Connolly, B.S. and A.E. Lang**, Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA*, 2014. 311(16): p. 1670-83.
2. **Fox, S.H., et al.**, International Parkinson and movement disorder society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2018. 33(8): p. 1248-1266.
3. **Deuschl, G., et al.**, A Randomized Trial of Deep-Brain Stimulation for Parkinson's Disease. *New England Journal of Medicine*, 2006. 355(9): p. 896-908.
4. **Nunta-Aree, S., et al.**, SW2-year outcomes of subthalamic deep brain stimulation for idiopathic Parkinson's disease. *J Med Assoc Thai*, 2010. 93(5): p. 529-40.
5. **Dams, J., et al.**, Cost-effectiveness of deep brain stimulation in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2013. 28(6): p. 763-71.
6. **Krack P, et al.** Five-year follow-up of bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in advanced Parkinson's disease. *N Engl J Med*. 2003 Nov 13;349(20):1925-34.
7. **Merola A., Zibetti M., Angrisano S., et al.** (2011), "Parkinson's disease progression at 30 years: a study of subthalamic deep brain-stimulated patients". *Brain*, 134 (Pt 7), pp. 2074-84.
8. **Moro E., Lozano A. M., Pollak P., et al.** (2010), "Long-term results of a multicenter study on subthalamic and pallidal stimulation in Parkinson's disease". *Mov Disord*, 25 (5), pp. 578-86.

THỰC TRẠNG VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2023

Bùi Thị Hà Vi¹, Lê Bảo Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng văn hóa an toàn người bệnh và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi năm 2023 từ tháng 02/2023 - tháng 8/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp

phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính được áp dụng trong nghiên cứu 320 nhân viên y tế của bệnh viện được phỏng vấn sâu bằng bảng câu hỏi và tiến hành thảo luận nhóm tập trung 2 nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ nhân viên y tế phản hồi tích cực về văn hóa an toàn người bệnh chung là 72,1%. Tỷ lệ phản hồi tích cực cao là làm việc nhóm trong khoa phòng (95,8%;), học tập và cải tiến liên tục (94,5%), quan điểm và hành động của quản lý (90,5%), phản hồi, trao đổi thông tin về sai sót (81,5%), hỗ trợ của lãnh đạo (80,6%), làm việc nhóm giữa các khoa phòng (80,1%), nhận thức về ATNB (77,3%). Một số phản hồi chưa tích cực như tần suất báo cáo sự cố (67,4%), bàn giao và chuyển bệnh (67,0%), cởi mở thông tin về sai sót (57,3%), không buộc tội khi sai sót

¹Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi

²Trường Đại học Y tế Công Cộng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hà Vi

Email: buithihavi2503@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 18.12.2023