

với ($r=0.2$, $p < 0.0001$) [2].

V. KẾT LUẬN

Chỉ có 12,0% có CLGN tốt tính theo thang điểm PSQI. Các yếu tố kiến thức, thực hành, niềm tin và thái độ về giấc ngủ có liên quan đến CLGN của NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elliott, Rosalind, McKinley, Sharon et al.** (2011), "The quality and duration of sleep in the intensive care setting: an integrative review". *International journal of nursing studies*. 48(3), pp. 384-400.
2. **Julie G, Michael G** (2007). Relationships between sleep knowledge, sleep practice and sleep quality. *Sleep and Biological Rhythms*, 5(1):

63-73.

3. **Kaskie, Rachel E et al.** (2017), "Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges". 9, pp. 227.
4. **Martinez-San Miguel, Yolanda** (2014), *Coloniality of diasporas: rethinking intra-colonial migrations in a pan-Caribbean context*, Springer.
5. **Rosén, Helena, Clabo, Laurie M Lauzon.** (2009), "Symptoms following day surgery: a review of the literature". *Journal of Advanced Perioperative Care*, 4(1).
6. **Taylor, Daniel J et al** (2005), "Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety". 28(11), pp. 1457-1464.
7. **Tina M.B** (2008). A description of patterns and sleep hygiene practices for Adults Cardiac rehabilitation programs in Southern Montana. Master of Science Nursing. Montana State University.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ - HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐẶT VÒNG NÂNG CỔ TỬ CUNG SO VỚI ĐẶT VIÊN PROGESTERONE ÂM ĐẠO TRONG DỰ PHÒNG SINH NON TẠI BỆNH VIỆN MỸ ĐỨC

Lê Tấn Lợi¹, Hoàng Thy Nhac Vũ^{1*}, Nguyễn Đoàn Thảo Quyên¹,
Nguyễn Đỗ Hồng Nhung¹, Trần Thị Ngọc Vân¹,
Phạm Dương Toàn², Hồ Mạnh Tường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non là một vấn đề sức khỏe tạo ra gánh nặng về chi phí y tế toàn cầu. Các biện pháp dự phòng sinh non được khuyến khích bao gồm đặt vòng nâng cổ tử cung (CTC) và progesterone âm đạo, có thể góp phần giảm tỷ lệ trẻ sinh non và tỷ lệ trẻ tử vong. **Mục tiêu:** Đánh giá chi phí-hiệu quả của can thiệp đặt vòng nâng CTC và progesterone trong dự phòng sinh non trên đối tượng đơn thai có CTC ngắn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thuần tập hồi cứu được thực hiện thông qua việc thu thập dữ liệu của các trường hợp đơn thai ≥ 18 tuổi; chiều dài CTC < 25 mm; tuổi thai 16-22 tuần tại bệnh viện Mỹ Đức năm 2021. Số liệu được xử lý và tổng hợp vào Excel, sau đó phân tích bằng phần mềm R. **Kết quả:** Trong 208 đối tượng đạt tiêu chuẩn lựa chọn, có 106 thai phụ được chỉ định đặt vòng nâng CTC, các trường hợp còn lại sử dụng liệu pháp progesterone. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm cơ bản; chi phí trung bình trong giai đoạn sinh, xét nghiệm sàng lọc, thuốc sử dụng, chi phí nằm viện giữa hai nhóm can thiệp. Thai phụ trong mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là $31,1 \pm 4,3$ tuổi, chiều dài trung bình CTC là $23,1 \pm 2,6$ mm, và chi

số BMI trung bình là $21,6 \pm 3,1$ kg/m². Tổng chi phí trực tiếp ở nhóm đặt vòng nâng CTC thấp hơn 143,7 triệu đồng so với nhóm progesterone. Tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình và xác suất không sinh non ở nhóm đặt vòng nâng CTC lần lượt là $33,6 \pm 6,2$ triệu đồng và 0,915; ở nhóm progesterone $36,3 \pm 6,6$ triệu đồng và 0,931. Giá trị ICER của can thiệp progesterone so với đặt vòng nâng CTC là 170,0 triệu đồng / 1 ca không sinh non tăng thêm. Can thiệp vòng nâng cổ tử cung đạt chi phí-hiệu quả chỉ khi ngưỡng chi trả dao động từ 0-126 triệu đồng. **Kết luận:** Đặt vòng nâng cổ tử cung có thể được xem là một lựa chọn có hiệu quả về chi phí trong phòng ngừa sinh non ở đối tượng đơn thai có cổ tử cung ngắn nếu không có khả năng xảy ra biến chứng vì có chi phí thấp hơn và hiệu quả thấp hơn không đáng kể với can thiệp progesterone. Can thiệp progesterone có chi phí cao hơn và hiệu quả cao hơn can thiệp vòng nâng CTC trong dự phòng sinh non ở đối tượng đơn thai. Kết quả nghiên cứu có thể cung cấp thêm bằng chứng khoa học để hỗ trợ trong quá trình đưa ra quyết định chọn loại can thiệp.

Từ khóa: chi phí-hiệu quả, sinh non, đặt vòng nâng cổ tử cung, progesterone âm đạo.

SUMMARY

CERVICAL PESSARY COMPARED TO VAGINAL PROGESTERONE IN PREVENTION OF PRETERM BIRTH AMONG SINGLETON PREGNANTS WITH SHORT CERVIX: A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS

Background: Preterm birth (PTB) is a global

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Mỹ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

public health concern due to its economic burden. Cervical pessary and vaginal progesterone are recommended strategies for preventing PTB and reducing the associated morbidity and mortality in preterm infants. This study aimed to conduct a cost-effectiveness analysis comparing cervical pessary and vaginal progesterone for the prevention of PTB in singleton pregnancies with a short cervix. **Methods:** We conducted a retrospective cohort study of 208 pregnant women aged 18 years or older with a cervical length <25 mm and a gestational age of 16-22 weeks at My Duc hospital in 2021. Patient data was collected, aggregated, sorted, and analyzed using Excel and R statistical package. Cost-effectiveness was evaluated by calculating the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) and willingness-to-pay (WTP) thresholds. **Results:** Among the selected participants, 106 received cervical pessary and the remaining received vaginal progesterone therapy. No significant differences were found in baseline characteristics, postpartum costs, screening tests, medications, or hospitalization costs between the pessary and progesterone groups. The mean maternal age, cervical length, and BMI were 31.1±4.3 years, 23.1±2.6 mm, and 21.6±3.1 kg/m², respectively. The total direct cost of the pessary group was 143.7 million VND less than that of the progesterone group. The mean direct medical cost and probability of term birth were 33.6±6.2 million VND and 0.915 in the pessary group, and 36.3±6.6 million VND and 0.931 in the progesterone group. The ICER of progesterone compared to pessary was 170.0 million VND per incremental non-preterm delivery. Cervical pessary was considered cost-effective compared to progesterone therapy only if the WTP threshold was below 126 million VND per incremental non-preterm delivery. **Conclusion:** Cervical pessary was found to be a cost-effective option for the prevention of PTB in singleton pregnancies with a short cervix, as it resulted in lower direct medical costs and a comparable probability of term birth compared to vaginal progesterone therapy. However, vaginal progesterone was more effective in preventing preterm delivery, albeit at a higher cost. These findings can aid in making informed decisions regarding the use of these interventions in this patient population.

Keywords: cost-effectiveness, preterm birth, cervical pessary, vaginal progesterone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO), sinh non là tình trạng sinh trước 37 tuần thai, hoặc ít hơn 259 ngày kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh nguyệt cuối của phụ nữ⁽¹⁾. Biến chứng sau sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới, chiếm hơn 1 triệu ca tử vong hàng năm⁽²⁾. Tại Việt Nam, mỗi năm khoảng 103.500 trẻ sinh non và 17.000 trẻ sơ sinh tử vong trong vòng 28 ngày tuổi⁽³⁾. Các biến chứng này liên quan đến một số hội chứng kéo dài trên hệ hô

hấp, chuyển hóa và thần kinh, hay các bệnh lý tim mạch và nhiễm trùng trong tương lai⁽⁴⁾. Chính vì vậy, vấn đề sinh non đang tạo nên áp lực lớn về tâm lý và tài chính của cả hệ thống y tế và người bệnh.

Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nhân khẩu học, sinh học và môi trường có thể dẫn đến tình trạng sinh non, tuy nhiên nguyên nhân chính vẫn chưa được xác định cụ thể⁽¹⁾. Việc tầm soát đo chiều dài cổ tử cung (CTC) là một công cụ lâm sàng quan trọng để xác định phụ nữ có nguy cơ cao sinh non, từ đó đề xuất can thiệp dự phòng hợp lý. Các biện pháp dự phòng sinh non được khuyến cáo bao gồm đặt vòng nâng CTC và progesterone âm đạo, có thể góp phần giảm tỷ lệ trẻ sinh non và tỷ lệ trẻ tử vong.

Tính đến tháng 09/2022, dựa trên cơ sở dữ liệu thế giới, chưa có nghiên cứu nào so sánh chi phí-hiệu quả dự phòng sinh non bằng hai can thiệp trên ở đối tượng đơn thai. Nghiên cứu này được thực hiện để xác định chi phí-hiệu quả của đặt vòng nâng CTC và progesterone âm đạo trong phòng ngừa sinh non trên nhóm đơn thai có cổ tử cung ngắn (<25mm), đồng thời cung cấp thông tin một cách toàn diện về việc lựa chọn can thiệp tối ưu trong dự phòng sinh non tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu sử dụng dữ liệu y tế của tất cả thai phụ đơn thai ≥18 tuổi, chiều dài CTC <25 mm, tuổi thai 16-22 tuần, và được chỉ định can thiệp dự phòng sinh non là đặt vòng nâng CTC (Arabin) hoặc Progesterone âm đạo (Cyclogest 400mg) tại Bệnh viện Mỹ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 1 tháng 1 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021. Nghiên cứu loại trừ những trường hợp có tiền sử khâu CTC hay đặt vòng nâng CTC hay đặt progesterone, dị ứng với progesterone, xuất huyết âm đạo, các biến chứng thai nhi, và nhiễm trùng khác. Sau khi sàng lọc, có 208 đối tượng phù hợp được đưa vào nghiên cứu, trong đó 106 đối tượng được chỉ định đặt vòng nâng CTC, các trường hợp còn lại sử dụng liệu pháp progesterone âm đạo. Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức (quyết định số 16/2021/MĐ – HĐĐĐ) cấp vào ngày 09 tháng 12 năm 2021.

2.2. Phân tích chi phí-hiệu quả: Chi phí được đo lường là tổng chi phí trực tiếp y tế (CPTTYT), bao gồm khám bệnh, xét nghiệm, can thiệp, nhập viện, thuốc, sinh nở, biến chứng, được tính bằng triệu đồng, trên quan điểm hệ

thống y tế. Hiệu quả được đo lường thông qua tỷ lệ không sinh non (sinh trên 34 tuần và không tử vong) của các thai phụ sau khi sử dụng các can thiệp. Kết quả chi phí-hiệu quả của hai can thiệp được thể hiện qua chỉ số ICER (triệu đồng/1 ca không sinh non tăng thêm). Khung thời gian nghiên cứu được tính từ ngày thai phụ nhập viện đến khi trẻ sơ sinh xuất viện hoặc tử vong.

Các biến số phân loại được mô tả thông qua tần số và tỷ lệ %, biến số chi phí được mô tả theo giá trị trung bình (\pm độ lệch chuẩn [SD]). Dữ liệu được tổng hợp, sau đó xử lý và phân tích bằng Excel 2019 và R phiên bản 4.2.1. Phân bố các đặc điểm được nghiên cứu của hai nhóm được so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương χ^2 hoặc Fisher, giá trị trung bình giữa các nhóm được so sánh bằng phép kiểm Mann-Whitney-U hoặc t-test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.3. Phân tích độ nhạy: Phân tích độ nhạy một chiều được thực hiện cho các biến số chi phí với một khoảng dao động là độ lệch chuẩn (\pm SD) và kết quả được biểu diễn qua biểu đồ Tornado. Phân tích độ nhạy xác suất sử dụng 1.000 vòng lặp Monte Carlo để ghi lại các chi phí và hiệu quả khác nhau khi thay đổi cùng lúc giá trị của các biến số chi phí với kết quả được trình bày thông qua biểu đồ phân tán của các giá trị ICER thu được và biểu đồ đường cong chấp nhận chi phí-hiệu quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Trong số 208 trường hợp đạt tiêu chí nghiên cứu, có 48,1% trường hợp dùng phương pháp thụ thai tự nhiên. Tuổi thai trung bình khi bắt đầu nhận can thiệp là $18,4 \pm 2,0$ tuần, trong đó, có 106 thai phụ (51,0%) được chỉ định đặt vòng nâng cổ tử cung, 102 thai phụ (49,0%) sử dụng progesterone âm đạo. Sau khi áp dụng các can thiệp, 66 trường hợp dọa sinh non (31,7%) và không có trường hợp nào tử vong. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi thường trú của thai phụ trong hai nhóm can thiệp. Thai phụ trong mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là $31,1 \pm 4,3$ tuổi, chiều dài trung bình CTC là $23,1 \pm 2,6$ mm, và chỉ số BMI trung bình là $21,6 \pm 3,1$ kg/m². (Bảng 1)

Bảng 1. Mô tả đặc điểm của mẫu nghiên cứu trong đánh giá chi phí-hiệu quả của hai can thiệp dự phòng sinh non

Đặc điểm	Vòng nâng CTC	Progesterone n=102	Mẫu nghiên cứu	Giá trị p
----------	---------------	--------------------	----------------	-----------

	n=106 (%)	(%)	N=208 (%)	
Tuổi mẹ (năm) (trung bình\pmSD)	31,0 \pm 4,4	31,1 \pm 4,1	31,1 \pm 4,3	0,842
Trình độ học vấn				
Dưới cấp III	2(1,9)	3(2,9)	5(2,4)	0,679
Cấp III trở lên	104 (98,1)	99 (97,1)	203 (97,6)	
Nghề nghiệp				
Công chức	53 (50,0)	43 (42,2)	96 (46,2)	0,788
Kinh doanh	13 (12,3)	12 (11,8)	25 (12,0)	
Công nhân	5 (4,7)	6 (5,9)	11 (5,3)	
Nội trợ	13 (12,3)	17 (16,7)	30 (14,4)	
Khác	22 (20,8)	24 (23,5)	46 (22,1)	
Nơi thường trú				
Thành phố Hồ Chí Minh	58 (54,7)	59 (57,8)	117 (56,2)	0,677
Nơi khác	48 (45,3)	43 (42,2)	91 (43,8)	
BMI (kg/m ²) (trung bình \pm SD)	21,7 \pm 3,2	21,6 \pm 3,0	21,6 \pm 3,1	0,846
Phương pháp thụ thai				
Thai tự nhiên	54 (50,9)	46 (45,1)	100 (48,1)	0,196
Kỹ thuật bơm tinh trùng	2 (1,9)	7 (6,9)	9 (4,3)	
Thụ tinh trong ống nghiệm	50 (47,2)	49 (48,0)	99 (47,6)	
Tuổi thai (tuần) (trung bình \pm SD)	18,6 \pm 2,0	18,1 \pm 2,0	18,4 \pm 2,0	0,075
Chiều dài CTC (mm) (trung bình \pm SD)	23,2 \pm 2,4	23,0 \pm 2,8	23,1 \pm 2,6	0,712

3.2. Phân tích chi phí-hiệu quả: Tổng chi phí trực tiếp y tế ở nhóm vòng nâng CTC thấp hơn 143,7 triệu đồng so với nhóm progesterone. Tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình ở nhóm đặt vòng nâng CTC và progesterone lần lượt là $33,6 \pm 6,2$ triệu đồng và $36,3 \pm 6,6$ triệu đồng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chi phí trung bình trong giai đoạn sau sinh, xét nghiệm sàng lọc, thuốc men cũng như chi phí nằm viện giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Tỷ lệ không sinh non-không tử vong trong nhóm vòng nâng CTC (91,5%) thấp hơn so với nhóm progesterone (93,1%). Giá trị ICER là 170,0 triệu

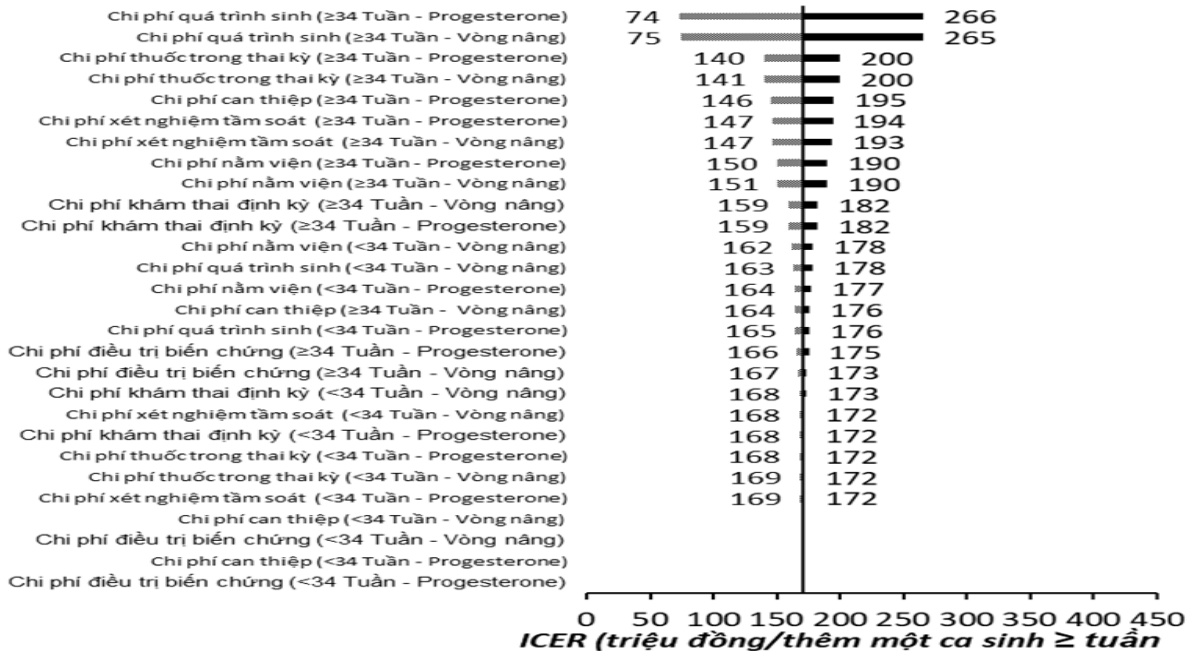
đồng trên 1 ca không sinh non tăng thêm.

Bảng 2. Mô tả chi phí trực tiếp y tế (triệu đồng) và hiệu quả can thiệp của mẫu nghiên cứu

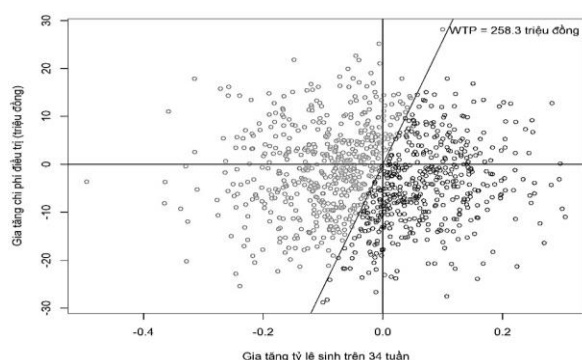
	Vòng nâng CTC (n=106)			Progesterone (n=102)			Giá trị P
	Tổng chi phí (%)	Trung bình (±SD)	Trung vị [Min-Max]	Tổng chi phí (%)	Trung bình (±SD)	Trung vị [Min-Max]	
Chi phí trước sinh							
Khám thai	233,0 (6,5)	2,2±0,9	2,1 [1,1 – 5,4]	215,6 (5,8)	2,1±0,7	2,1 [1,2 – 5,3]	0,010
Xét nghiệm sàng lọc	423,5 (11,9)	4,0±0,1	4,0 [3,5 – 4,0]	407,0 (11,0)	4,0±0,1	4,0 [3,5 – 4,0]	0,540
Can thiệp	111,3 (3,1)	1,1±0,0	1,1 [1,1 – 1,1]	409,3 (11,1)	4,0±0,7	4,2 [0,3 – 4,6]	<0,001
Thuốc	524,3 (14,7)	4,9±0,8	5,116 [1,3 – 5,6]	520,3 (14,1)	5,1±1,2	5,1 [0,5 – 11,6]	0,090
Chi phí khi sinh	1.734,0 (48,7)	16,4±3,8	19,0 [11,0–19,0]	1.650,0 (44,6)	16,2±3,8	19,0 [11,0–19,0]	0,731
Chi phí sau sinh							
Nằm viện	470,4 (13,2)	4,4±3,4	4,2 [1,7 – 16,8]	425,9 (11,5)	4,2±3,1	4,2 [1,7 – 16,8]	0,570
Điều trị biến chứng	62,0 (1,7)	0,6±2,2	0 [0 – 10,0]	74,0 (2,0)	0,7±3,2	0 [0 – 20,0]	<0,001
Tổng CPTTYT	3.558,4 (100)	33,6±6,2	35,4 [23,3–50,1]	3.702,1 (100)	36,3±6,6	38,4 [26,5–59,0]	<0,001
Tỷ lệ không sinh non	0,915			0,931			0,857
ICER (triệu đồng/1 ca không sinh non tăng thêm) = 170,0							

3.3. Phân tích độ nhạy: Các biến số ảnh hưởng lớn đến giá trị ICER bao gồm chi phí khi sinh, chi phí thuốc trong thai kỳ, và chi phí can thiệp (Hình 1). Với ngưỡng chi trả là 3 lần giá trị thu nhập bình quân đầu người cho một đơn vị hiệu quả tăng thêm (tương đương 258,3 triệu

đồng)⁽⁵⁾, can thiệp progesterone có xác suất đạt chi phí-hiệu quả so với can thiệp vòng nâng là 53% (Hình 3). Can thiệp vòng nâng có tỷ lệ chấp nhận chi phí-hiệu quả cao hơn can thiệp progesterone chỉ khi ngưỡng sẵn sàng chi trả có dao động từ 0-126 triệu đồng (Hình 4).

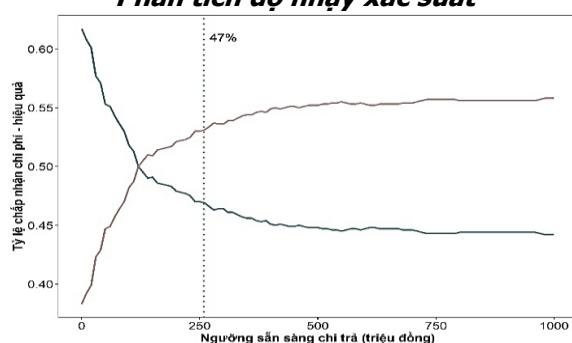


Hình 1. Biểu đồ Tornado – Phân tích độ nhạy một chiều



Chú thích: O Can thiệp vòng nâng CTC
O Can thiệp progesterone

Hình 2. Biểu đồ phân tán giá trị ICER – Phân tích độ nhạy xác suất



Chú thích: — Can thiệp vòng nâng CTC
— Can thiệp progesterone

Hình 3. Đường cong chấp nhận chi phí-hiệu quả - Phân tích độ nhạy xác suất

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được phân tích với 208 đối tượng đạt tiêu chí lựa chọn, dựa trên cơ sở dữ liệu hồi cứu của Bệnh viện Mỹ Đức. Trong đó, 106 phụ nữ được chỉ định đặt vòng nâng CTC, các trường hợp còn lại sử dụng liệu pháp progesterone. Sau khi áp dụng các can thiệp, có 66 trường hợp sinh non và không có trường hợp nào tử vong.

Từ dữ liệu về chi phí và hiệu quả của hai can thiệp, can thiệp progesterone có chi phí cao hơn 143,7 triệu đồng nhưng đồng thời mang lại hiệu quả cao hơn 1,6% so với vòng nâng CTC. Với giá trị ICER = 170,0 triệu đồng để cải thiện tỷ lệ sinh trên 34 tuần, can thiệp vòng nâng cổ tử cung đạt chi phí-hiệu quả khi ngưỡng chi trả dao động từ 0-126 triệu đồng/1 ca không sinh non tăng thêm. Khi ngưỡng chi trả là 3GDP, can thiệp progesterone đạt chi phí-hiệu quả với xác suất là 53%. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác cũng được thực hiện tại bệnh viện Mỹ Đức vào năm 2017 trên đối tượng song thai nhận định rằng liệu pháp vòng nâng CTC có chi phí thấp và hiệu

quả vượt trội so với liệu pháp progesterone (6). Nguyên nhân có sự khác biệt này phụ thuộc phần lớn vào đặc điểm thai phụ, tiền sử mang thai, đặc điểm thai và số lượng thai phụ được chọn vào mẫu nghiên cứu.

Theo thống kê của các cơ sở dữ liệu trên thế giới, đây được xem là nghiên cứu đầu tiên đánh giá chi phí-hiệu quả của can thiệp đặt vòng nâng CTC và progesterone trong dự phòng sinh non (6)(7)(8)(9). Việc áp dụng phân tích độ nhạy một chiều, phân tích độ nhạy xác suất trong nghiên cứu này giúp khai thác sâu hơn mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến chỉ số ICER cũng như ước lượng ngưỡng sẵn sàng chi trả phù hợp, thông qua việc tính toán kết quả sơ cấp về CPTTYT và tỷ lệ trẻ không sinh non và không tử vong.

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên dữ liệu vào năm 2021, khi đại dịch COVID-19 bùng phát tại Việt Nam. Do đó, các nghiên cứu tiềm năng tương tự có thể được thực hiện cho giai đoạn tiếp theo, tạo cơ sở để so sánh sự khác biệt về cơ cấu chi phí (bổ sung chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp), cũng như đặc điểm của mẫu nghiên cứu liên quan đến tình hình dịch bệnh. Kết quả nghiên cứu này bước đầu tạo tiền đề cho việc thực hiện so sánh chi phí-hiệu quả giữa hai can thiệp, hỗ trợ các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và các nhà hoạch định chính sách trong việc ra quyết định lựa chọn can thiệp phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp progesterone có chi phí cao hơn nhưng đồng thời có hiệu quả cao hơn can thiệp đặt vòng nâng CTC trên đối tượng đơn thai có CTC ngắn và đạt chi phí-hiệu quả ở ngưỡng sẵn sàng chi trả cao. Do đó, can thiệp vòng nâng CTC cũng có thể được xem xét trên đối tượng đơn thai nếu không có khả năng xảy ra biến chứng và khả năng chi trả phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2018). Preterm birth. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. **Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C** (2017). Epidemiology of preterm birth. *Semin Perinatol*; 41(7):387-391.
3. **General Statistics Office of Vietnam** (2015). Socio-economic situation in 2015. Available from: <https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=621&ItemID=15507>
4. **Kvalvik LG, Wilcox AJ, Skjærven R, et al.** (2020). Term complications and subsequent risk of preterm birth: registry based study. *BMJ*; 369:m1007.
5. **World Bank: Vietnam/ GDP per capita:** <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCA.P.CD?locations=VN>. Accessed 09 Sept 2022

6. **Le KD, Nguven LK, Nguven LTM, et al.** (2020). Cervical pessary vs vaginal progesterone for prevention of preterm birth in women with twin pregnancy and short cervix: economic analysis following randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 55: 339-347.
7. **Eddama O, Petrou S, Regier D, et al.** (2010). Study of progesterone for the prevention of preterm birth in twins (STOPPIT): findings from a trial-based cost-effectiveness analysis. *Int J Technol Assess Health Care*; 26(2):141-8.
8. **Pizzi LT, Seligman NS, Baxter JK, et al.** (2014). Cost and cost effectiveness of vaginal progesterone gel in reducing preterm birth: an economic analysis of the PREGNANT trial. *Pharmacoeconomics*; 32(5):467-78.
9. **Liem SM, van Baaren GJ, Delemarre FM, et al.** (2014). Economic analysis of use of pessary to prevent preterm birth in women with multiple pregnancy (ProTWIN trial). *Ultrasound Obstet Gynecol*; 44(3):338-45.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỆCH LẠC KHỚP CĂN LOẠI I ANGLE, RĂNG CHEN CHÚC BẰNG HỆ THỐNG MẮC CÀI TỰ BUỘC VÀ DÂY CUNG MỞ RỘNG SANG BÊN, KHÔNG NHỔ RĂNG

Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹, Lê Thị Thu Hà²,
Trịnh Đình Hải³, Nguyễn Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị lệch lạc khớp cắn loại I angle, răng chen chúc bằng hệ thống mắc cài tự buộc và dây cung mở rộng sang bên, không nhổ răng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, đánh giá kết quả trước sau được thực hiện trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán sai lệch khớp cắn Angle I. Bệnh nhân được kiểm tra các chỉ số về PAR, độ rộng cung hàm, các chỉ số về mô cứng và mô mềm trên phim sọ nghiên cứu trước và sau điều trị. Các thông số trên được thu thập, phân tích và kiểm định bằng các test phù hợp. **Kết quả nghiên cứu:** khắp khệnh răng không còn sau điều trị, hầu hết bệnh nhân có cải thiện PAR(W) ở mức độ tốt; độ rộng cung hàm tăng sau điều trị; các chỉ số về mô cứng và mô mềm hầu hết không thay đổi; 100% đối tượng nghiên cứu có kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: sai khớp cắn loại I Angle, không nhổ răng, mắc cài tự buộc, dây cung mở rộng.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH ANGLE CLASS I MALOCCLUSION, NONEXTRACTION USING SELF-LIGATING BRACKETS AND BROADER ARCHWIRES

Objectives: To evaluate the results of treatment of class I malocclusion, crowded teeth by self-ligating

bracket system and broader archwire, nonextraction. **Subjects and research methods:** A uncontrolled clinical intervention study, evaluating the results before and after was performed on 38 patients diagnosed with Angle's class I malocclusion. Patients were checked for indicators of PAR, arch width, indices of hard and soft tissue on cephalometric films before and after treatment. The above parameters are collected, analyzed and verified by suitable tests. **Research results:** crowded teeth no longer after treatment, most patients have a good improvement in PAR(W); arch width increases after treatment; hard and soft tissue indices remained mostly unchanged; 100% of study subjects had good treatment results.

Keywords: Angle class I malocclusion, nonextraction, self-ligating brackets, broader archwire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, sai lệch khớp cắn loại I Angle là sai lệch khớp cắn hay gặp nhất. Nghiên cứu của Đông Khắc Thẩm (2000) với đề tài "Khảo sát tình trạng khớp cắn ở người Việt trong độ tuổi 17 – 27" cho thấy tỉ lệ sai khớp cắn Angle loại I cao nhất, chiếm 71,3%¹. Nghiên cứu của Onyeaso CO về "Mức độ phổ biến của sai khớp cắn trên trẻ vị thành niên ở Ibadan, Nigeria" tiến hành trên 636 trẻ tuổi từ 12 đến 17 cho kết quả 50% sai khớp cắn loại I Angle. Trong đó răng chen chúc là một trong những lí do chính để bệnh nhân đến khám và điều trị. Để điều trị những trường hợp này thì có thể phải nhổ 4 răng và có thể không cần phải nhổ răng. Điều trị không nhổ răng không chỉ là mong muốn của bệnh nhân mà còn là ưu tiên hàng đầu với bác sĩ nắn chỉnh răng.

Trong những năm gần đây, điều trị chỉnh nha bằng khí cụ cố định phát triển rất mạnh mẽ. Rất nhiều loại khí cụ chỉnh răng cố định được

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Hạnh

Email: myhanh1978rhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023