

Khảo sát sự cải thiện chức năng thận và chi phí y tế của người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng chạy thận nhân tạo và ghép thận sau một năm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Survey on the improvement of kidney function and medical costs in a year of hemodialysis and kidney transplantation in patients with end-stage renal disease at 108 Military Central Hospital

Bùi Bích Liên, Nguyễn Mạnh Dũng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá sự cải thiện chức năng thận sau một năm và chi phí y tế trong một năm của người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng chạy thận nhân tạo và ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 155 người bệnh chạy thận nhân tạo và 62 người bệnh ghép thận trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối từ 01/2019 đến 12/2022 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Ghép thận có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện chức năng thận do thận ghép hoạt động như một thận bình thường trong cơ thể người nhận (mức lọc cầu thận 76,48mL/phút/1,73m²). Phương pháp chạy thận nhân tạo dành phần nhiều chi phí cho thủ thuật lọc máu (53,69%), trong khi ghép thận chi phần lớn cho thuốc chống thải ghép, vật tư y tế và máu phục vụ phẫu thuật (52,98%). Tổng chi phí y tế trực tiếp trong năm đầu tiên sau ghép thận cao gấp 3,6 chi phí trong một năm chạy thận nhân tạo (trung bình 492 triệu VNĐ so với 136 triệu VNĐ). **Kết luận:** Phương pháp ghép thận chiếm ưu thế về cải thiện chức năng thận mặc dù chi phí trong năm đầu tiên điều trị cao hơn phương pháp chạy thận nhân tạo.

Từ khóa: Suy thận mạn giai đoạn cuối, chạy thận nhân tạo, ghép thận.

Summary

Objective: To evaluate of the improvement of kidney function after one year of treatment and medical expenses in one year of patients with end-stage chronic renal failure treated with hemodialysis and kidney transplant at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional and retrospective study were collected from 155 hemodialysis patients and 62 kidney transplant patients from January 2019 to December 2022 at 108 Military Central Hospital. **Result:** Renal transplantation was remarkably effective in improving kidney function because the transplanted kidney functions like a normal kidney in the recipient's body (GFR 76.48mL/min/1.73m²). The hemodialysis method spent most

Ngày nhận bài: 5/01/2023, ngày chấp nhận đăng: 10/02/2023

Người phản hồi: Bùi Bích Liên, Email: bblie108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

of the costs on dialysis procedures (53.69%), while kidney transplantation spent large amount of money on anti-rejection drugs, medical supplies and blood for surgery (52.98%). Total direct medical costs in the first year after a kidney transplant were 3.6 times higher than those in one year of hemodialysis (492 million compared to 136 million dong). *Conclusion:* Renal transplantation is dominant in terms of improvement of kidney function, although the cost in the first year of treatment is higher than that of hemodialysis.

Keywords: End-stage renal disease, hemodialysis, kidney transplantation.

1. Đặt vấn đề

Suy thận mạn là hậu quả cuối cùng của các bệnh thận, tiết niệu mạn tính, làm chức năng thận giảm sút dần dần tương ứng với số lượng nephron của thận bị tổn thương dẫn đến xơ hóa và mất chức năng không hồi phục. Tại giai đoạn cuối của bệnh (khi mức lọc cầu thận chỉ còn dưới 15mL/phút/1,73m² và không hồi phục), lúc này hai thận mất chức năng hoàn toàn, đòi hỏi phải điều trị thay thế thận.

Tại Việt Nam, điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối hiện nay có ba phương pháp chính là: Ghép thận, chạy thận nhân tạo và lọc màng bụng; trong đó hai phương pháp được áp dụng cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là ghép thận và chạy thận nhân tạo. Chạy thận nhân tạo là phương pháp phổ biến nhất, chiếm 70-80% tổng số người bệnh; tuy nhiên lựa chọn chạy thận nhân tạo cũng đồng nghĩa với cuộc sống của người bệnh phải gắn liền với bệnh viện. Trong khi đó, ghép thận được coi là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay nhưng tỷ lệ áp dụng thấp do khan hiếm nguồn tạng, khó thực hiện và chi phí phẫu thuật cao. Mỗi phương pháp điều trị đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng, việc lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể của người bệnh.

Nhằm đưa ra cơ sở để lựa chọn được phương pháp điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối tối ưu nhất phù hợp với từng trường hợp người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá sự cải thiện chức năng thận sau một năm và chi phí y tế trong một năm của người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối*

được điều trị bằng chạy thận nhân tạo và ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 155 người bệnh chạy thận nhân tạo (CTNT) và 62 người bệnh ghép thận (GT) được theo dõi sau một năm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh suy thận mạn (STM) có mức lọc cầu thận (MLCT) < 15mL/phút/1,73m² trước điều trị.

Thời gian khảo sát: Từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Kết quả một số chỉ tiêu đánh giá chức năng thận của người bệnh tại thời điểm bắt đầu và kết thúc nghiên cứu.

Chi phí y tế trong một năm của từng người bệnh: Tổng chi phí, cơ cấu chi phí (chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chi phí thuốc, vật tư y tế, máu và chế phẩm máu, chi phí ngày giường điều trị nội trú, chi phí thủ thuật, phẫu thuật; chi phí ngoài điều trị, tổng chi phí do bảo hiểm y tế thanh toán và tổng chi phí người bệnh tự chi trả).

Tính MLCT theo công thức MDRD (Modification of Diet in Renal Diseases):

$186(\text{creatinin huyết thanh } \mu\text{mol/L}/88,4)^{-1,154} \times (\text{Tuổi})^{-0,203} \times 0,742$ (nếu là nữ).

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS 22.0, so sánh, phân tích.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Phương pháp	CTNT n = 155 (%)	GT n = 62 (%)	Tổng số n = 217 (%)	p
Giới tính	Nam		63,2	66,1	64,1	0,687
	Nữ		36,8	33,9	35,9	
Nhóm tuổi	< 20 tuổi		0,6	1,6	0,9	0,000
	20-39 tuổi		6,5	43,5	17,1	
	40-59 tuổi		28,4	45,2	33,2	
	≥ 60 tuổi		64,5	9,7	48,8	
	Tuổi trung bình		63,27 ± 14,89	40,75 ± 12,72	56,83 ± 17,54	
Tình trạng nghề nghiệp	Không có thu nhập		16,1	11,3	14,7	0,011
	Có thu nhập ổn định		74,8	64,5	71,9	
	Có thu nhập không ổn định		9,0	24,2	13,4	
Khu vực sinh sống	Thành thị		80,6	54,8	73,3	0,000
	Nông thôn		19,4	45,2	26,7	
Tình trạng BHYT	Không có BHYT		0	0	0	0,000
	BHYT trái tuyến		1,3	1,6	1,4	
	BHYT đúng tuyến		98,7	98,4	98,6	

Điều trị bằng phương pháp CTNT: Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nam giới (63,2%), người bệnh từ 60 tuổi trở lên (64,5%), có thu nhập ổn định (74,8%), sinh sống ở khu vực thành thị (80,6%) và có BHYT đúng tuyến (98,7%). Điều trị bằng phương pháp GT: Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nam giới (66,1%), người bệnh từ 20 đến dưới 60 tuổi (88,7%), có thu nhập ổn định (64,5%) và có BHYT đúng tuyến (98,4%). Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê trong phân bố người bệnh theo nhóm tuổi, tình trạng nghề nghiệp, khu vực sinh sống và tình trạng BHYT.

3.2. Sự cải thiện chức năng thận sau một năm điều trị

Bảng 2. Giá trị trung bình của các chỉ số đánh giá chức năng thận trước và sau điều trị

Chỉ số	CTNT (n = 155)			GT (n = 62)		
	Trước ĐT	Sau ĐT	p	Trước ĐT	Sau ĐT	p
Ure máu (mmol/L)	26,30	23,15	0,001	24,03	6,27	0,000
Creatinin máu (μmol/L)	819,38	825,29	0,829	898,40	97,85	0,000
Natri máu (mmol/L)	136,33	136,63	0,580	137,54	137,49	0,921
Kali máu (mmol/L)	4,86	4,49	0,176	4,50	3,75	0,000
Canxi máu (mmol/L)	2,21	2,29	0,004	2,37	2,46	0,004
Số lượng hồng cầu (triệu)	3,18	3,22	0,438	3,71	4,91	0,000
Lượng huyết sắc tố (g/L)	93,70	96,26	0,122	109,46	142,59	0,000
MLCT (mL/phút/1,73m ²)	6,62	7,17	0,157	6,45	76,48	0,000

Giá trị trung bình của các chỉ số đánh giá chức năng thận trước điều trị có sự tương đồng giữa phương pháp CTNT và phương pháp GT, tuy nhiên giá trị của các chỉ số này có sự thay đổi đáng kể sau điều trị bằng phương pháp GT. Ở phương pháp CTNT, sự khác nhau về giá trị trung bình của chỉ số đánh giá chức năng thận giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ở chỉ số ure và calci máu. Ở phương pháp GT, sự khác nhau về giá trị trung bình của chỉ số đánh giá chức năng thận giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ở tất cả các chỉ số trừ natri máu, với $p=0,000$ ($p<0,001$) khi so sánh giá trị trước và sau điều trị của ure, creatinin, kali máu, số lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố và mức lọc cầu thận, $p=0,004$ ($p<0,05$) khi so sánh giá trị của calci máu.

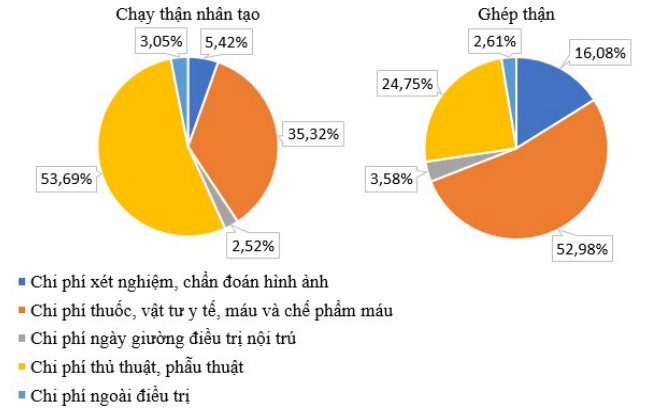
Bảng 3. So sánh mức độ cải thiện sau điều trị của hai nhóm người bệnh CTNT và GT

Phương pháp Chỉ số cải thiện	CTNT (n = 155)	GT (n = 62)	P
Giảm ure máu (mmol/L)	3,14	17,75	0,000
Giảm creatinin máu ($\mu\text{mol/L}$)	-5,91	800,55	0,000
Tăng natri máu (mmol/L)	0,29	-0,05	0,701
Giảm kali máu (mmol/L)	0,37	0,75	0,380
Tăng calci máu (mmol/L)	0,07	0,08	0,800
Tăng số lượng hồng cầu (triệu)	0,04	1,19	0,000
Tăng lượng huyết sắc tố (g/L)	2,55	33,13	0,000
Tăng MLCT (mL/phút/1,73m ²)	0,54	70,03	0,000

Khi xét về các chỉ số đánh giá chức năng thận, phương pháp GT cho thấy mức độ cải thiện sau điều trị cao hơn phương pháp CTNT, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với các chỉ số ure, creatinin máu, số

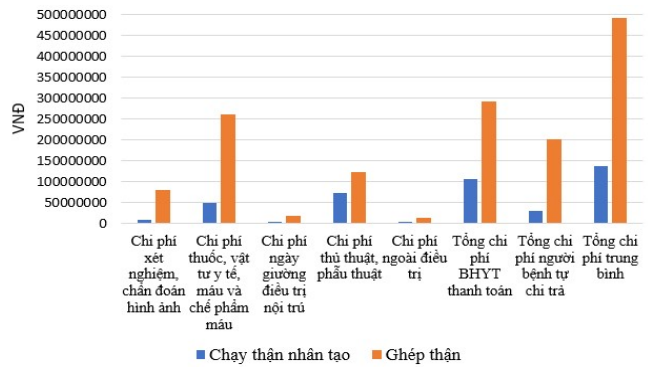
lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố và MLCT, $p=0,000$ ($p<0,001$).

3.3. Phân tích chi phí y tế trực tiếp trong một năm điều trị



Biểu đồ 1. Cơ cấu chi phí y tế trực tiếp của hai phương pháp điều trị

Có sự khác nhau về cơ cấu chi phí y tế trực tiếp của hai phương pháp điều trị: CTNT dành phần nhiều chi phí cho thủ thuật lọc máu (53,69%), trong khi GT chi phần lớn cho thuốc chống thải ghép, vật tư y tế và máu phục vụ phẫu thuật (52,98%), ngoài ra chi phí cho xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trước và sau ghép cũng chiếm tỷ lệ cao (16,08%).



Biểu đồ 2. So sánh chi phí trung bình của hai nhóm người bệnh CTNT và GT

Nhóm người bệnh điều trị bằng phương pháp GT có chi phí y tế trực tiếp trung bình trong một năm cao hơn nhóm người bệnh điều trị bằng phương pháp CTNT và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê, $p=0,000$ ($p<0,001$).

Bảng 4. Tổng chi phí điều trị trung bình của từng nhóm người bệnh (phân loại theo các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu)

Phương pháp		CTNT (n = 155)		GT (n = 62)	
		Chi phí trung bình (VNĐ)	p	Chi phí trung bình (VNĐ)	p
Giới tính	Nam	135.208.556	0,727	466.235.898	0,010
	Nữ	138.664.977		545.036.961	
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	91.066.669	0,096	796.634.564	0,031
	20-39 tuổi	149.711.357		484.836.857	
	40-59 tuổi	152.846.466		478.652.142	
	≥ 60 tuổi	128.409.174		545.326.383	
Khu vực sinh sống	Thành thị	133.458.780	0,196	516.335.186	0,081
	Nông thôn	149.066.487		464.501.846	
Tình trạng BHYT	Không có BHYT	0	0,345	0	0,058
	BHYT trái tuyến	97.042.602		275.429.992	
	BHYT đúng tuyến	136.995.143		496.723.310	

Đối với phương pháp CTNT, không có sự khác biệt về chi phí y tế trực tiếp giữa các nhóm người bệnh phân chia theo đặc điểm nhân khẩu học. Đối với phương pháp GT, nhóm người bệnh là nữ giới và người bệnh dưới 20 tuổi có tổng chi phí y tế trực tiếp cao hơn các nhóm khác.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Kết quả ở Bảng 1 cho thấy ở cả hai phương pháp điều trị, tỷ lệ người bệnh là nam giới nhiều hơn khoảng hai lần người bệnh là nữ giới. Có thể thấy rằng về mặt dịch tễ học, bệnh thận mạn không phân biệt giới tính nhưng thực tế thống kê cho thấy người bệnh là nam giới có xu hướng chuyển STM giai đoạn cuối cao hơn. Nguyên nhân có thể đến từ thói quen ăn uống, sinh hoạt hàng ngày của nam giới như sử dụng nhiều rượu bia, hút thuốc lá, thức ăn nhiều đạm, muối...

Khi xem xét đến đặc điểm về tuổi, dễ dàng nhận thấy sự khác biệt rõ ràng giữa hai phương pháp điều trị. Trong khi hầu hết người bệnh được GT nằm trong độ tuổi từ 20 đến dưới 60 thì người bệnh được CTNT phần lớn từ 60 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của

hai nhóm người bệnh điều trị bằng hai phương pháp cũng có sự chênh lệch đáng kể. Chúng tôi nhận thấy, CTNT là phương pháp phổ biến hơn được lựa chọn để điều trị, phù hợp với nhiều lứa tuổi, trong khi người bệnh nhận thận ghép phải trải qua phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi sức hồi phục tốt hơn nên chủ yếu được chỉ định cho nhóm bệnh nhân trẻ.

Chiếm tỷ lệ cao ở cả hai phương pháp điều trị là nhóm người bệnh có thu nhập ổn định. Cũng theo kết quả ở Bảng 1, tỷ lệ người bệnh không có thu nhập ở cả hai phương pháp điều trị thấp hơn so với tỷ lệ thất nghiệp của người bệnh tại Tây Ban Nha theo kết quả của tác giả Juan C. Julián-Mauro từ năm 2007-2009 (66,7%) và kết quả tại TP. Hồ Chí Minh của tác giả Phạm Ngọc Trung Hiếu năm 2019 (61,5%) [1], [5]. STM giai đoạn cuối ảnh hưởng rất lớn tới sức lao động của con người và tần suất chạy thận 2-3 lần/tuần khiến họ không có thời gian đi làm, dẫn đến tỷ lệ thất nghiệp của người bệnh tăng cao. Điểm khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đến từ việc đối tượng thu dung, điều trị của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chủ yếu là bộ đội - những người có thu nhập ổn định dù còn đang tại ngũ hay đã nghỉ hưu.

Trong khi tỷ lệ người bệnh CTNT sống tại thành thị cao gấp 4 lần khu vực nông thôn thì tỷ lệ giữa hai khu vực sinh sống này không có sự chênh lệch lớn đối với nhóm người bệnh GT, nguyên nhân do độ phổ biến của hai phương pháp điều trị là khác nhau. Người bệnh sống tại khu vực nông thôn có thể CTNT tại các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh thay vì tìm đến các bệnh viện tuyến Trung ương, việc đòi hỏi chi phí đi lại, lưu trú rất tốn kém, chưa kể tình trạng quá tải thường gặp ở các bệnh viện tuyến cuối. Ngược lại, GT là phương pháp điều trị mới chỉ được thực hiện thành công tại một số ít bệnh viện ở Việt Nam, trong đó có Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (tính đến tháng 12/2022 có 206 trường hợp ghép thận được thực hiện tại đây).

100% người bệnh điều trị STM giai đoạn cuối ở Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đều có BHYT, tuy nhiên họ vẫn phải trả thêm tiền cho các dịch vụ y tế khác phụ thuộc vào mức bảo hiểm được hưởng và danh mục các khoản được BHYT chi trả theo quy định. STM là một bệnh mạn tính gây ra gánh nặng lớn về kinh tế của gia đình người bệnh nên việc họ nhận thức được điều này và chủ động tham gia đóng BHYT là hoàn toàn hợp lý.

4.2. Sự cải thiện chức năng thận sau một năm điều trị

Bảng 2 cho biết các chỉ số đánh giá chức năng thận trước điều trị có sự tương đồng giữa hai nhóm người bệnh điều trị bằng phương pháp CTNT và GT, làm cơ sở cho việc đánh giá hiệu quả sau điều trị của hai phương pháp. Kết quả cho thấy CTNT chỉ giúp người bệnh kéo dài sự sống qua sự hỗ trợ của máy móc mà không giúp cải thiện sức khỏe triệt để do thận suy trong cơ thể người bệnh không thể hoạt động chức năng, người bệnh vẫn ở tình trạng STM giai đoạn cuối (MLCT: 7,17mL/phút/1,73m²). Kể cả trường hợp đánh giá ngay sau lọc máu như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Loan (năm 2018) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên cũng cho thấy 78,2% người bệnh sau chạy thận vẫn còn tình trạng thiếu máu; tác giả Nguyễn Văn Tuấn (năm 2021) tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An với nồng độ ure trung bình là $14,32 \pm 4,45$ mmol/L [2], [4]. Trong khi đó phương pháp GT cho thấy hiệu quả cải thiện sức khỏe rõ rệt khi thận ghép hoạt động chức năng

như một thận bình thường trong cơ thể người nhận, đưa các chỉ số đánh giá chức năng thận về bình thường, người bệnh không còn tình trạng thiếu máu và mất cân bằng điện giải như trước khi điều trị. Kết quả đánh giá hiệu quả sau ghép một năm của chúng tôi tốt hơn đánh giá sau một tháng theo nghiên cứu của tác giả Tạ Ngọc Thạch (từ năm 2015-2019) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với (ure: $8 \pm 1,23$ mmol/L; creatinin: $105,1 \pm 16,9$ μmol/L; số lượng hồng cầu: $3,3 \pm 0,47$ T/L; huyết sắc tố: $93,09 \pm 12,8$ g/L) [3]. Như vậy, phương pháp GT cho thấy tiên lượng tốt ngay sau phẫu thuật với việc cải thiện sớm các chức năng thận sau ghép, duy trì được hiệu quả này và có xu hướng tốt lên theo thời gian.

Kết quả ở Bảng 3 thể hiện rõ hơn ưu thế về hiệu quả điều trị của phương pháp GT so với CTNT, nổi bật với mức giảm ure và creatinin máu; tăng số lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố và MLCT so với trước điều trị. Sự khác biệt về mức độ cải thiện các chỉ số trên giữa hai phương pháp đều có ý nghĩa thống kê, khẳng định so với CTNT thì GT là phương pháp có hiệu quả điều trị tốt hơn.

4.3. Phân tích chi phí y tế trực tiếp trong một năm điều trị

Kết quả ở Biểu đồ 1 cho thấy sự khác nhau về cơ cấu chi phí y tế trực tiếp giữa hai phương pháp điều trị. Điều này được lý giải là do sự khác biệt về quy trình điều trị của hai phương pháp nói trên. Trong khi CTNT yêu cầu người bệnh phải định kỳ lọc máu (thông thường là 3 lần/tuần) liên tục trong năm dẫn đến chi phí cho thủ thuật này chiếm ưu thế, phương pháp GT sau khi tiến hành phẫu thuật thì hàng tháng người bệnh chủ yếu tái khám để làm một số xét nghiệm theo dõi và nhận thuốc chống thải ghép. Cũng giống như việc CTNT, việc theo dõi và dùng thuốc thải ghép của người nhận thận cũng phải thực hiện thường xuyên và kéo dài suốt đời nên người bệnh phải dành phần lớn chi phí y tế cho thuốc điều trị. Kết quả ở Biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ chi phí người bệnh tự chi trả cho GT lớn hơn gấp 2 lần tỷ lệ này trong CTNT. Có thể thấy rằng ưu điểm về chi phí trước mắt là một trong những lý do hàng đầu khiến đa số người bệnh STM chọn CTNT làm phương pháp điều trị. Không thể phủ nhận GT là một phương pháp điều trị đắt đỏ, tuy nhiên trong tương

lai việc cơ quan BHYT chấp thuận chi trả nhiều hơn cho phương pháp này là cần thiết. Bởi lẽ với chi phí BHYT đang chi trả cho một người bệnh CTNT từ 15 đến 20 năm như hiện nay nếu đem ra so sánh sẽ là khá lớn so với chi phí phải trả cho một ca thay thận và dùng thuốc chống thải ghép hàng tháng. Bên cạnh đó, chi phí y tế trực tiếp trung bình cho năm đầu tiên cho một ca GT ở Việt Nam nhìn chung thấp hơn các quốc gia trên thế giới, đặc biệt là các nước phát triển.

Khi xem xét tổng chi phí điều trị trung bình của hai phương pháp trên từng nhóm người bệnh phân loại theo đặc điểm nhân khẩu học, kết quả ở Bảng 3.4 cho thấy sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tổng chi phí điều trị GT giữa hai giới, giữa các nhóm tuổi và tình trạng BHYT. Người bệnh là nữ giới cần chi trả chi phí y tế cao hơn do sự khác biệt về thể trạng của hai giới. Sau ghép thận, người bệnh nữ cần được theo dõi đặc biệt hơn bởi nhiều chuyên khoa, có chế độ quản lý nghiêm ngặt, chỉ định điều trị đúng lúc nhằm hạn chế các biến chứng có thể xảy ra nếu muốn hồi phục tốt và nâng cao chất lượng cuộc sống, đặc biệt với những phụ nữ có nhu cầu mang thai. Lý do về thể chất cũng phù hợp để lý giải sự khác nhau về tổng chi phí giữa các nhóm tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nhóm người bệnh dưới 20 tuổi có tổng chi phí điều trị trung bình cho năm đầu tiên cao nhất. Việc thực hiện các ca phẫu thuật trên trẻ em luôn là thách thức lớn đối với các cơ sở y tế, phương pháp điều trị phức tạp như GT càng thể hiện rõ điều đó, từ việc tìm thận ghép phù hợp, tiến hành phẫu thuật và điều trị hồi phục đều đòi hỏi yêu cầu cao hơn khi tiến hành trên người bệnh trưởng thành. STM giai đoạn cuối ở trẻ em có thể dẫn đến các biến chứng tim mạch như tăng huyết áp, suy tim, trẻ chậm phát triển và nặng nhất là tử vong. Việc chẩn đoán bệnh sớm, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp như GT và chăm sóc đặc biệt có tác dụng làm giảm tỷ lệ tử vong và giúp bệnh nhi có sự phát triển thể chất và chất lượng cuộc sống gần như trẻ bình thường.

5. Kết luận

Phương pháp chạy thận nhân tạo dành phần nhiều chi phí cho thủ thuật lọc máu (53,69%), trong khi ghép thận chi phần lớn cho thuốc chống thải ghép, vật tư y tế, máu phục vụ phẫu thuật (52,98%) và chi phí cho các xét nghiệm kiểm tra trước và sau ghép (16,08%). Tổng chi phí y tế trực tiếp trong năm đầu tiên sau ghép thận cao gấp 3,6 chi phí trong một năm chạy thận nhân tạo (trung bình 492 triệu so với 136 triệu VNĐ).

Ghép thận có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện chức năng thận do thận ghép hoạt động như một thận bình thường trong cơ thể người nhận (mức lọc cầu thận 76,48mL/phút/1,73m²).

Phương pháp ghép thận chiếm ưu thế về cải thiện chức năng thận mặc dù chi phí trong năm đầu tiên điều trị cao hơn phương pháp chạy thận nhân tạo.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Ngọc Trung Hiếu (2019) *Hiệu quả - chi phí ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mãn giai đoạn cuối thông qua chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc*. Luận văn Thạc sĩ Kinh tế, Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Hồng Loan, Phan Hương Dương (2020) *Một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2018*. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 16(5), tr. 46-54.
3. Tạ Ngọc Thạch (2019) *Kết quả ghép thận ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
4. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Thùy Linh (2021), *Hiệu quả lọc máu ở người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An*. Tạp chí Y học Việt Nam, 501(2), tr. 127-130.
5. Julián-Mauro JC, Molinuevo-Tobalina JA, & Sánchez-González JC (2012), *Employment in the patient with chronic kidney disease related to renal replacement therapy*, Revista Nefrología 32(4): 439-445.