

THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN TRONG TIẾP CẬN GIA ĐÌNH NGƯỜI HIỂN MÔ - TẶNG TIỀM NĂNG: KẾT QUẢ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2025

Lâm Văn Minh¹, Dư Thị Ngọc Thu¹, Bùi Văn Tuấn¹, Lê Minh Hiền², Nguyễn Văn Nhiều³, Trần Thanh Linh⁴, Nguyễn Anh Tài⁵, Trần Minh Toàn⁶, Văng Thị Ngọc Bích², Nguyễn Thị Kim Yến¹, Thân Thị Lệ¹, Nguyễn Thị Ngọc Yến³, Vương Văn Hương¹, Nguyễn Việt Đăng Khoa¹, Trương Thế Hiệp⁷, Phạm Thanh Việt⁸, Nguyễn Tri Thức⁹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiến mô - Tặng để ghép cho người bệnh suy tạng giai đoạn cuối là việc làm nhân đạo cuối đời của người bệnh khi chết não hay chết tuần hoàn. Làm thế nào để có thể tiếp nhận được một trường hợp hiến mô - tặng từ người hiến chết não hay chết tuần hoàn? Đây là câu hỏi cần có nhiều thành viên cùng tham gia trả lời. **Mục tiêu:** Mô tả thuận lợi và khó khăn trong tiếp cận gia đình người hiến tiềm năng tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp người hiến mô - tặng mà Đơn vị Điều phối tiếp nhận được trong năm 2025. Các biến số được phân tích bằng thống kê mô tả. **Kết quả:** Trong năm 2025, nhận được thông tin của 80 người bệnh tiềm năng hiến mô - tặng. Thông tin nhận được từ nhân viên y tế (NVYT) 75/80 (93,7%); từ gia đình 05/80 (6,3%). Tuổi trung bình $43,5 \pm 14,9$. Giới tính: 66/80 (82,5%) nam, nữ 14/80 (17,5%). Người đã có đơn đăng ký hiến tạng từ trước là 04/80 (05%). Kết quả: 50/80 (62,5%) gia đình không đồng ý hiến; 14/80 (17,5%) đồng ý hiến (trong đó 11,2% không đạt tiêu chuẩn y khoa và 6,3% hiến thành công); 20,0% thuộc nhóm chưa tiếp cận hoặc từ chối ngay từ đầu. Tổng số mô tạng tiếp nhận được bao gồm: 10 thận, 4 gan, 3 tim, 3 phổi, 2 da và 6 giác mạc. Ghép cho 31 bệnh nhân. Trong đó, phổi hợp với Trung tâm Điều phối Quốc gia đã điều phối 2 phổi, 2 gan phân chia, 1 tim, 2 giác mạc đến các trung tâm ghép khác ở Hà Nội, miền Trung và TpHCM. **Kết luận:** Xây dựng quy trình thực hành phối hợp liên chuyên khoa trong phát hiện, quản lý người hiến tiềm năng, và điều phối mô - tạng hiến là việc làm cần thiết. **Từ khóa:** Tiếp

cận gia đình người hiến; Điều phối ghép tạng; gia đình người hiến tiềm năng.

ABSTRACT

ADVANTAGES AND CHALLENGES IN APPROACHING THE POTENTIAL DONORS FAMILIES FOR ORGAN-TISSUE DONATION: CHO RAY HOSPITAL RESULTS IN 2025

Background: Organ and tissue donation for transplantation in patients with end-stage organ failure is a profoundly humanitarian act performed at the end of life in cases of brain death or circulatory death. How can a brain-dead or circulatory-death donor case be successfully realized? This question requires coordinated answers from multiple stakeholders. **Aims:** To describe the advantages and disadvantages of accessing the families of potential organ/tissue donors at Cho Ray Hospital in 2025. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study of potential organ and tissue donors whose cases were reported to the Organ Transplant Coordination Unit in 2025. Variables were analyzed using descriptive statistics. **Results:** In 2025, 80 potential donor cases were reported. Information was initiated by healthcare workers in 75/80 cases (93.7%) and by families in 5/80 cases (6.3%). Mean age was 43.5 ± 14.9 years. Sex distribution: 66/80 (82.5%) male and 14/80 (17.5%) female. Only 4/80 (5.0%) had registered for organ donation prior to admission. Approach outcomes: 50/80 families (62.5%) declined donation; 14/80 (17.5%) agreed (11.2% did not meet medical eligibility criteria and 6.3% proceeded to successful donation); 20.0% were not approached or refused from the outset. Retrieved grafts included 10 kidneys, 4 livers, 3 hearts, 3 lungs, 2 skin grafts, and 6 corneas, benefiting 31 transplant recipients. In collaboration with the National Coordination Center, 2 lungs, 2 split livers, 1 heart, and 2 corneas were allocated to other transplant centers in Hanoi, Central Vietnam, and Ho Chi Minh City. **Conclusion:** Establishing interdisciplinary collaborative practice procedures for identifying, managing potential donors, and organ-tissue allocation is essential. **Keywords:** Accessing donor families; organs allocation for transplant; Potential donor family

¹ Đơn vị Điều phối ghép các bộ phận cơ thể người Bệnh viện Chợ Rẫy

² Phòng Công tác xã hội, Bệnh viện Chợ Rẫy

³ Khoa Hồi sức Ngoại thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁴ Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁵ Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁶ Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁷ Phòng kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁸ Lãnh đạo Bệnh viện Chợ Rẫy

⁹ Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Dư Thị Ngọc Thu

Email: duthingochthubvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2026

Ngày duyệt bài: 3.4.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiển mô, tạng khi chết não hoặc chết tuần hoàn là việc làm nhân đạo cao cả, là cách giúp việc điều trị thay thế tốt nhất để cứu sống bệnh

nhân suy tạng giai đoạn cuối, trong bối cảnh nguồn tạng từ người hiến sống không thể đáp ứng được và đủ nhu cầu điều trị⁽⁵⁾. Tại Việt Nam, hoạt động này được quy định bởi Luật 75/2006/QH11, dựa trên nguyên tắc tự nguyện, phi thương mại và bảo đảm quyền lợi các bên⁽¹⁾. Quy trình xác định chết não được chuẩn hóa theo Quyết định 32/2007/QĐ-BYT nhằm bảo vệ tính pháp lý và y khoa; và Thông tư 48/2024/TT-BYT giúp thống nhất các bước từ quá trình đăng ký đến điều phối mô, tạng.

Tuy nhiên, chuyển đổi từ "người hiến tiềm năng" sang "hiến thực sự" là một quy trình đa tầng nấc, chịu áp lực khắt khe về thời gian. Chuỗi hoạt động từ hồi sức, xác định chết não đến điều phối tiếp nhận - ghép tạng yêu cầu sự phối hợp liên chuyên khoa chặt chẽ^(1,5). Trong đó, tiếp cận gia đình là mắt xích nhạy cảm nhất. Quyết định hiến thường diễn ra trong bối cảnh thân nhân khủng hoảng tâm lý và hiểu biết về chết não chưa đồng nhất. Các nghiên cứu quốc tế chỉ ra rằng chất lượng giao tiếp, năng lực tư vấn và môi trường trao đổi là những yếu tố quyết định; nếu không được tổ chức tốt sẽ làm tăng tỷ lệ từ chối⁽³⁾. Bên cạnh đó, các nguy cơ y khoa như nhiễm khuẩn hoặc huyết động không ổn định cũng thường xuyên khiến quá trình hiến tạng bị gián đoạn.

Tại Việt Nam, thiếu sự đồng thuận trong gia đình và hạn chế về kiến thức chết não vẫn đang là những rào cản chính⁽⁶⁾. Là đơn vị tuyến cuối với số lượng bệnh nhân nặng lớn, Bệnh viện Chợ Rẫy là một trong những Bệnh viện có vai trò quan trọng trong hệ thống điều phối hiến - ghép quốc gia. Tổng kết giai đoạn 2008-2023 cho thấy nỗ lực bền bỉ nhưng cũng bộc lộ rõ những "điểm nghẽn" trong vận hành và tư vấn gia đình⁽⁴⁾. Việc phân tích thực trạng tại Chợ Rẫy không chỉ giúp tổng kết hoạt động mà còn là cơ sở để cải tiến quy trình phối hợp và tối ưu hóa điều phối theo luật định⁽¹⁾.

Vì vậy, nghiên cứu "Thuận lợi và khó khăn trong tiếp cận gia đình người hiến mô, tạng tiềm năng: kết quả tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2025" được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn về đặc điểm người hiến và kết quả điều phối. Từ đó, nghiên cứu đề xuất các giải pháp chuẩn hóa quy trình phát hiện, quản lý người hiến tiềm năng tại các bệnh viện tuyến cuối^(2,5).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.2 Đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu:

- Tất cả thông tin của các trường hợp người tiềm năng hiến mô-tạng được Đơn vị Điều phối ghép các bộ phận cơ thể người-Bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận trong năm 2025 (n=80).

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Thông tin ghi nhận là các trường hợp người tiềm năng hiến mô-tạng được các Khoa Hồi sức trong và ngoài Bệnh viện Chợ Rẫy thông báo, có ít nhất một lần tiếp cận hoặc dự kiến tiếp cận gia đình; Có thông tin tối thiểu về đặc điểm chung và kết quả tiếp cận/điều phối.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đủ dữ liệu cần cho nghiên cứu.

2.3 Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2025 đến 31/12/2025

2.4 Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy

2.5 Nguồn dữ liệu và quy trình thu thập: Số liệu được trích xuất từ sổ ghi nhận thông tin người tiềm năng hiến mô-tạng của Đơn vị Điều phối và đối chiếu với hồ sơ bệnh án. Các tiêu chuẩn đánh giá chết não và điều kiện pháp lý cho hiến - lấy - ghép mô, tạng được thực hiện theo quy định hiện hành tại Việt Nam⁽¹⁾ và quy trình điều phối theo hướng dẫn quản lý.

2.6 Biến số nghiên cứu: (1) Đặc điểm chung: giới, tuổi, nơi điều trị (nội viện/ngoại viện), nguồn thông tin khởi phát tiếp cận (gia đình/nhân viên y tế), tình trạng đăng ký hiến tạng trước đó, địa chỉ thường trú; (2) Kết cục tiếp cận: không hiến, đồng ý nhưng chưa đủ tiêu chuẩn, đủ điều kiện và hiến, chưa tiếp cận/từ chối tiếp cận; (3) Nhóm nguyên nhân từ chối/không tiếp cận/chưa đủ điều kiện; (4) Kết quả tiếp nhận và điều phối mô-tạng.

2.7 Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được làm sạch, mã hóa và phân tích mô tả; trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm, kèm bảng biểu.

2.8 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên dữ liệu thứ cấp, không can thiệp, bảo đảm ẩn danh và chỉ sử dụng cho mục tiêu mô tả thực hành, cải tiến chất lượng.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm thông tin đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Trình bày một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=80)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	66	82,5
	Nữ	14	17,5
Tuổi	< 40	30	37,5
	40 - 59	38	47,5
	> 60	12	15,0

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nơi điều trị	Nội viện	73	91,3
	Ngoại viện	07	8,7
Nguồn thông tin	Từ gia đình người bệnh	05	6,3
	Nhân viên y tế	75	93,7
Đã đăng ký hiến tạng trước đó	Chưa	76	95,0
	Có	04	05,0
Địa chỉ thường trú	Thành phố Hồ Chí Minh	15	18,8
	Tỉnh/TP khác	65	81,2

Nhìn chung, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam (82,5%), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-59 tuổi (47,5%), tiếp đến <40 tuổi (37,5%), tuổi trung bình $43,5 \pm 14,9$. Phần lớn trường hợp đang điều trị nội viện (91,3%), cho thấy hoạt động tiếp cận tập trung chủ yếu tại địa điểm nghiên cứu. Nguồn thông tin khởi phát tiếp cận gần như từ nhân viên y tế 75/80TH (93,7%), rất ít từ gia đình 5/80TH (6,3%). Chỉ có 4/80TH (5%) đã có đăng ký hiến tạng trước đó, và đa số có địa chỉ thường trú ngoài TP.HCM 65/80TH (81,2%).

2. Thực trạng tiếp cận gia đình người bệnh tiềm năng hiến tạng và kết quả điều phối mô-tạng

Bảng 3. Nguyên nhân thất bại và thành công của việc tiếp cận gia đình người tiềm năng (n=80)

Kết quả sau tiếp cận gia đình	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm
Thành công: Đồng ý hiến và đủ điều kiện, thực hiện hiến	05	6.3	Được kích hoạt sớm từ nhân viên y tế, từ ý nguyện của gia đình; Quy trình quản lý, đánh giá người hiến được triển khai sớm, kịp thời, phối hợp liên chuyên khoa; Điều phối liên viện thuận lợi.
Thất bại: Đồng ý hiến nhưng chưa đủ tiêu chuẩn y khoa	09	11.2	Chống chỉ định/sàng lọc không đạt (nhiễm khuẩn, tổn thương tạng do bệnh lý nền, ung thư...); chưa đủ cơ sở xác định chết não tại thời điểm đánh giá; Ngừng tìm đột ngột trước khi hoàn tất quy trình.
Thất bại: Gia đình không đồng ý hiến	50	62.5	Chưa thống nhất nội bộ/thiếu người quyết định, trì hoãn; Sốc cảm xúc, còn hy vọng hồi phục, chưa hiểu chết não; Mong muốn xin đưa người bệnh về; Lo ngại về toàn vẹn cơ thể, yếu tố văn hóa, tôn giáo, xã hội.
Thất bại: Chưa tiếp cận hoặc từ chối tiếp cận ngay từ đầu	16	20.0	Diễn tiến bệnh quá nhanh, không đủ thời gian để tiếp cận và thực hiện cận lâm sàng; Ngừng tìm đột ngột; Gia đình xin xuất viện trước khi điều phối viên tiếp cận; Người bệnh còn dấu hiệu hoạt động của não bộ.

Bảng 3 cho thấy thất bại trong tiếp cận gia đình chủ yếu đến từ yếu tố xã hội, tâm lý và quyết định của gia đình, thể hiện qua nhóm không đồng ý hiến chiếm 62,5% (50/80). Đây là

Bảng 2. Trình bày kết quả tiếp cận gia đình người bệnh tiềm năng hiến tạng (n=80)

Ý kiến gia đình		Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không đồng ý hiến		50	62.5
Đồng ý hiến	Chưa đủ tiêu chuẩn hiến	09	11.2
	Đủ điều kiện hiến	05	6.3
Chưa tiếp cận/Từ chối		16	20

Kết quả tiếp cận gia đình người bệnh tiềm năng hiến tạng phản ánh thực trạng đầy thách thức trong công tác vận động hiến với 62,5% (50/80) trường hợp không thể tiến tới thực hiện. Trở ngại lớn nhất nằm ở việc không đạt được đồng thuận của gia đình trong bối cảnh thời gian ngắn và áp lực tâm lý quá lớn. Đáng chú ý, mặc dù tỷ lệ gia đình đồng ý hiến chiếm 17,5% (14/80TH), nhưng thực tế chỉ có 6,3% (5/80TH) hiến được tiếp nhận thành công; 11,2% (9/80) còn lại dù đã có sự đồng thuận nhưng phải dừng lại do không đáp ứng các tiêu chuẩn chuyên môn y khoa (nhiễm khuẩn, ung thư, tạng hiến bị tổn thương do bệnh lý nền...). Ngoài ra, có 20,0% (16/80TH) trường hợp thuộc nhóm chưa hoặc từ chối tiếp cận, thường do diễn tiến lâm sàng quá nhanh hoặc thay đổi kế hoạch điều trị, làm gián đoạn quy trình tư vấn ngay từ giai đoạn đầu.

"điểm nghẽn" lớn nhất vì dù đã tiếp cận được, việc không đạt đồng thuận làm dừng toàn bộ chuỗi hiến - tiếp nhận - điều phối.

IV. BÀN LUẬN

Ghép tạng là một trong những tiến bộ y học vĩ đại nhất để cứu những bệnh nhân bị suy tạng giai đoạn cuối. Điều này chỉ có thể thực hiện được nhờ sự đóng góp vô tư của những người hiến, cả người sống và người chết (chết não hay chết tuần hoàn). Nói chung, tạng từ người hiến chết được ưu tiên hơn so với tạng từ người hiến sống vì nguy cơ biến chứng y tế mà người hiến còn sống có thể gặp phải trong tương lai. Trên toàn cầu, hàng triệu bệnh nhân đã được hưởng lợi từ lòng vị tha của những người hiến và gia đình của họ, và điều này đã giúp kéo dài, cải thiện cuộc sống của những bệnh nhân này. Thật không may, khi có một sự chênh lệch rất lớn giữa số người cần tạng hiến và số lượng tạng có để ghép. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2016 đã báo cáo 1,35 triệu ca tử vong do tai nạn giao thông đường bộ hàng năm. Nguy cơ tử vong do tai nạn giao thông đường bộ cao hơn gấp ba lần ở các nước có thu nhập thấp so với các nước có thu nhập cao⁽⁸⁾.

Mousumi Sen và cs tại Tami Nadu, Ấn Độ (2024)⁽⁸⁾ đã thực hiện phân tích hồi cứu trên 116 bệnh nhân được xác định là người hiến tạng tiềm năng sau khi chết, nhằm mục đích nghiên cứu nhu cầu hiến tạng trên toàn cầu, quốc gia và tiểu bang; và phân tích các yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến tỷ lệ hiến tạng từ người chết tại trung tâm của các tác giả. Với mong muốn kết quả nghiên cứu có thể giúp xác định cách để cải thiện tỷ lệ hiến tạng từ người chết. Việc giải quyết tình trạng thiếu nhận thức về chết não và ghép tạng trong dân số Ấn Độ, bao gồm cả cộng đồng y tế, là vô cùng quan trọng. Để giải quyết vấn đề này, sự hợp tác giữa các tổ chức phi chính phủ, bệnh viện, truyền thông (điện tử và báo in) và chính phủ là điều cần thiết để nâng cao nhận thức.

Nhưng tiếp cận với gia đình người hiến mô-tạng tiềm năng luôn là một thách thức đối với các nhân viên Điều phối không chỉ tại Việt Nam mà trên toàn cầu, tại các nước đã thành công hay đang xây dựng chương trình ghép tạng từ người hiến chết. Tại Úc, năm 2016, Marck C.H và cộng sự⁽⁷⁾ đã thực hiện phỏng vấn 49 thành viên gia đình của những người hiến tiềm năng từ bốn bệnh viện ở Melbourne để đánh giá về giao tiếp, quy trình và kết quả hiến. Các cuộc phỏng vấn được ghi âm, chép lại nguyên văn và phân tích theo chủ đề. Các gia đình bày tỏ nhiều quan điểm khác nhau về các chủ đề giao tiếp, quy trình và chăm sóc tại bệnh viện, quy trình đồng ý và hiến, đồng thời suy ngẫm về các quyết định

và kết quả. Nhìn chung, họ bày tỏ sự hài lòng với việc giao tiếp khi nhận được tin xấu, khi thảo luận về cái chết và việc hiến tạng. Giao tiếp trung thực và thẳng thắn, việc được cập nhật thông tin và chuẩn bị cho các kết quả có thể xảy ra là những khía cạnh quan trọng đối với các gia đình, đặc biệt là những gia đình có người hiến sau khi ngừng tuần hoàn. Người tham gia tin tưởng cao vào các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và sự hài lòng với mức độ chăm sóc nhận được. Nhiều gia đình người hiến cho biết quá trình này kéo dài và căng thẳng, nhưng không đủ để ảnh hưởng tiêu cực đến sự hài lòng của họ với kết quả. Cả quyết định hiến và việc biết mạng của người khác đã được cứu sống đều mang lại cho họ sự an ủi. Không có sự hối tiếc nào về quyết định của mình kể cả đồng ý và không đồng ý hiến.

Nghiên cứu cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2025 phác họa chân dung điển hình của nhóm người hiến mô-tạng tiềm năng tại một bệnh viện tuyến cuối: đa số là nam giới (82,5%) và tập trung ở độ tuổi trung niên (40-59). Một điểm sáng đáng ghi nhận là cơ chế phát hiện và kích hoạt quy trình tiếp cận đã vận hành hiệu quả từ hệ thống điều trị, với 93,7% thông tin khởi phát từ nhân viên y tế. Kết quả này tương đồng với dữ liệu giai đoạn 2008-2023 tại Chợ Rẫy, nơi phần lớn nguồn tin hiến tạng xuất phát từ các đơn vị lâm sàng thay vì sự chủ động của gia đình⁽²⁾. Tuy nhiên, tỷ lệ gia đình tự liên hệ rất thấp (6,3%) cũng bộc lộ một "khoảng trống" về cấu trúc: công tác truyền thông cộng đồng và việc thúc đẩy đăng ký hiến tạng chưa đủ mạnh để tạo động lực tự nguyện trước khi tình huống cấp tính xảy ra. Hệ quả là áp lực tư vấn bị dồn nén vào thời điểm gia đình đang khủng hoảng tâm lý nhất, tạo nên một rào cản vô hình cho đội ngũ điều phối viên khi tiếp cận gia đình để tư vấn.

Về hiệu quả của "hướng chuyển đổi" sau tiếp cận (bảng 3), tỷ lệ gia đình không đồng ý hiến là 62,5%. Dù con số này khá cao, nhưng nếu đối chiếu với dữ liệu lịch sử của bệnh viện (71,6% từ chối trong giai đoạn 2008-2023), có thể thấy khó khăn trong việc đạt được sự đồng thuận mang tính hệ thống hơn là nỗ lực cá nhân⁽²⁾. Điều này gợi mở rằng tiếp cận gia đình không nên chỉ dừng lại ở hoạt động vận động đơn thuần mà cần được chuyên môn hóa cao độ. Việc chuẩn hóa kịch bản giao tiếp, lựa chọn thời điểm, bối cảnh tiếp cận và phối hợp liên khoa là những yếu tố then chốt để thay đổi cục diện này⁽⁶⁾.

Phân tích các nhóm lý do từ chối, nghiên cứu nhận diện ba cụm trở ngại nổi bật: (1) Sự thiếu

thống nhất nội bộ gia đình gây trì hoãn và bỏ lỡ "khoảng trống thời gian" vàng; (2) Cú sốc cảm xúc đi kèm nhận thức hạn chế về chết não dẫn đến phản ứng bác bỏ sớm; (3) Tâm lý muốn đưa người bệnh về nhà chăm sóc cuối đời làm đứt gãy quy trình tư vấn. Các rào cản này hoàn toàn phù hợp với tổng quan hệ thống quốc tế, vốn nhấn mạnh rằng tỷ lệ đồng thuận chỉ có thể cải thiện khi tách bạch giữa thông báo tử vong với đề nghị hiến tạng, đồng thời triển khai tư vấn trong không gian riêng tư bởi những điều phối viên được đào tạo chuyên nghiệp⁽³⁾. Tại Việt Nam, niềm tin và kiến thức của gia đình vẫn là những biến số quyết định thái độ hiến tạng sau chết⁽⁴⁾. Vì vậy, chiến lược thực hành cần tập trung "nâng cấp" kỹ năng giải thích về chết não và hỗ trợ tâm lý cấp tính cho điều phối viên để tận dụng tối đa nguồn tin khởi phát từ nội viện.

Ở góc độ y khoa và vận hành, nhóm "đồng ý hiến nhưng không đạt tiêu chuẩn" (11,2%) phản ánh những thách thức về mặt kỹ thuật như nhiễm khuẩn, suy giảm huyết động hoặc chưa hoàn tất quy trình xác định chết não theo quy định pháp lý. Đồng thời, nhóm "mất cơ hội" do diễn tiến lâm sàng quá nhanh (20,0%) cho thấy sự cần thiết của việc thiết lập các tiêu chuẩn cảnh báo sớm tại khoa Hồi sức/Cấp cứu.

Mặc dù tỷ lệ hiến thực hiện cuối cùng chỉ đạt 6,3% (5/80), nhưng giá trị thực tiễn mang lại là vô cùng lớn: từ 5 người hiến đã góp phần cứu sống và cải thiện chất lượng sống cho 31 bệnh nhân thông qua mạng lưới điều phối liên viện với Trung tâm Điều phối Quốc gia. Kết quả này minh chứng rằng mỗi mắt xích trong chuỗi hiến - ghép khi được tối ưu hóa sẽ tạo ra "tác động khuếch đại" mạnh mẽ cho cộng đồng^(2,5).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã khẳng định lợi thế then chốt trong công tác tiếp cận gia đình người hiến mô tạng tiềm năng chính là việc phát hiện trường hợp hiến tiềm năng và vận hành hiệu quả từ đội ngũ nhân viên y tế, cùng năng lực điều phối liên viện nhịp nhàng khi ca hiến được triển khai. Để tối ưu hóa nguồn tạng hiến, trọng tâm không chỉ nằm ở kỹ thuật hồi sức, đánh giá mà cần phải song song tập trung vào việc phát hiện trường hợp hiến tiềm năng, chuẩn hóa kịch bản tiếp cận

gia đình và đồng bộ hóa quy trình phối hợp liên chuyên khoa. Chỉ khi quy trình từ phát hiện, quản lý, đánh giá người hiến tiềm năng đến việc tuyển chọn, điều phối được thực hiện một cách chuyên nghiệp và kịp thời, chúng ta mới có thể nâng cao tỷ lệ hiến thực hiện, mang lại cơ hội sống cho nhiều bệnh nhân hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quốc hội.** Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác số 75/2006/QH11, ngày 29/11/2006. Hà Nội, 2006.
- Thu Dự Thị Ngọc, Linh Trần Thanh, Nhiều Nguyễn Văn, Tài Nguyễn Anh, Dũng Phạm Trí, Toàn Trâm Minh, và cs.** Đánh giá chương trình hiến và ghép mô - tạng từ người hiến chết tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y Dược học Quân sự (Journal of Military Pharmacology-medicine), 2024;49(Số đặc biệt 1):205-214.
- Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS, Young JD.** Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *BMJ*, 2009;338:b991.
- Sinh TN, Mackie FE, Ninh LH, Thụy HTD, và cs.** Attitude towards deceased donation in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Nephrology (Carlton)*, 2019;24(10):1077-1080.
- World Health Organization.** WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation. *Transplantation*, 2010;90(3):229-233.
- Dự Thị Ngọc Thu, Trần Thanh Linh, Nguyễn Văn Nhiều, Nguyễn Anh Tài, Trâm Minh Toàn, Hoàng Văn Sỹ, Lê Minh Hiến, Bùi Văn Tuấn, Vương Văn Hường, Nguyễn Việt Đăng Khoa, Lâm Văn Minh, Vàng Thị Ngọc Bích, Nguyễn Thị Kim Yến, Thân Thị Lệ, Nguyễn Tấn Đạt, Phạm Thị Ngọc Thảo, Lâm Việt Trung, Nguyễn Quốc Bình, Trần Ngọc Sinh, Phạm Thanh Việt, Nguyễn Tri Thức (2025),** "Hiến mô-tạng khi chết não hay ngừng tuần hoàn: Kết quả của hoạt động điều phối tại Bệnh viện Chợ Rẫy", tạp chí Y Dược học Quân sự, Vol. 50, số đặc biệt 11/2025, tr. 96-105
- Marck C. H., Neate S. L., Skinner M., Dwyer B., Hickey B. B., Radford S. T., Weiland T. J., Jelinek G. A. (2016),** "Potential Donor Families' Experiences of Organ and Tissue Donation-related Communication, Processes and Outcomes", *Anaesthesia Intensive Care* 44:1
- Mousumi Sen, Latif R. Johnson, Ranjit I. James, Daniel Manoj, Vivek Joseph, Shalini Nair, KPP Abhilash (2024),** Challenges and Opportunities in Deceased Organ Donation Program: Insights from a Tertiary Care Hospital in South India, *Medical Journal*, Vol 17, Iss 6. pp 1213-1218. <https://journals.lww.com/mjdy>