

**ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH HIẾN VÀ GHÉP MÔ - TẠNG
TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY**

Dur Thị Ngọc Thu^{1}, Trần Thanh Linh¹, Nguyễn Văn Nhiều¹
Nguyễn Anh Tài¹, Phạm Trí Dũng¹, Trần Minh Toàn¹, Hoàng Văn Sỹ¹
Lê Quốc Hùng¹, Đặng Vũ Thông¹, Trần Thị Bích Hương¹, Lê Nguyễn Nhật Tín¹
Trương Thiên Phú¹, Trần Thành Vinh¹, Trần Thanh Tùng¹
Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn¹, Bùi Phú Quang¹, Lâm Văn Minh¹
Nguyễn Thị Kim Yến¹, Thân Thị Lệ¹, Nguyễn Việt Đăng Khoa¹
Vương Văn Hoàng¹, Văng Thị Ngọc Bích¹, Bùi Văn Tuấn¹, Lê Minh Hiến¹
Nguyễn Thị Thảo Trang¹, Phạm Thị Ngọc Thảo¹, Nguyễn Tri Thức¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá chương trình hiến và ghép mô - tạng từ người hiến chết (chết não/ngừng tuần hoàn) tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2008 - 2023). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 186 trường hợp (TH) hiến và ghép mô - tạng từ người hiến chết tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Đơn vị Điều phối Bệnh viện Chợ Rẫy nhận 186 thông tin của người hiến từ các khoa hồi sức bên trong, ngoài bệnh viện và trực tiếp từ gia đình. 151/186 TH (81,18%) là nam giới, 35/186 TH (18,82%) là nữ giới. Tuổi trung bình là $38,66 \pm 15,53$ (15 - 84). Chỉ nhận được 46 TH, trong đó, 30/46 TH (65,22%) chết não (brain-dead donor - DBD) và 16/46 TH (34,78%) ngừng tuần hoàn (donation after circulatory death - DCD), (10/16 TH chỉ nhận được giác mạc). 34/46 TH (73,91%) là nam giới; 12/46 TH (26,09%) là nữ giới. Tuổi trung bình là $42,70 \pm 15,63$ (18 - 71). Có nhiều nguyên nhân từ chối không nhận mô - tạng, trong nghiên cứu này chỉ đề cập đến nguyên nhân về y khoa: Nhiễm khuẩn: 13/186 TH (6,99%); tạng hiến bị tổn thương: 1/186 TH (0,54%); ngừng tim trước nhập viện: 2/186 TH (1,08%); ung thư: 2/186 TH (1,08%). Mô - tạng nhận được gồm 71 thận, 13 gan, 13 tim, 1 khối tim phổi, 49 giác mạc, 2 TH hiến da. Kết quả ghép tốt, trừ 2/70 TH (2,86%) ghép thận tử vong do viêm phúc mạc và 01 TH ghép khối tim phổi tử vong do viêm phổi. **Kết luận:** Khan hiếm tạng hiến là vấn đề lo ngại trong cộng đồng. Để có được sự thành công của ca ghép cần phối hợp nhiều chuyên khoa khác nhau.

Từ khóa: Tạng hiến; Lây truyền bệnh; Kiểm tra tạng.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

*Tác giả liên hệ: Dur Thị Ngọc Thu (duthingocthubver@gmail.com)

Ngày nhận bài: 12/7/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 27/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49si1.910>

**EVALUATION OF THE TISSUE-ORGAN DONATION AND
TRANSPLANTATION PROGRAM FROM DECEASED DONORS
AT CHO RAY HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate the tissue-organ donation and transplantation program from deceased donors at Cho Ray Hospital (2008 - 2023). **Methods:** A retrospective, descriptive study on 186 cases of deceased organ donation was conducted at Cho Ray Hospital. **Results:** The Allocation Unit has received information of 186 potential donors from the Intensive Care Unit inside or outside Cho Ray Hospital and directly from donors' families. There were 151/186 males (81.18%) and 35/186 females (18.82%). The average age was 38.66 ± 15.53 (15 - 84). However, only 46 cases were received (30/46 brain death donors (65.22%), 16/46 donation after circulatory death (34.78%), (10/16 received only corneas)). 34/46 (73.91%) were males; 12/46 (26.09%) were females. The average age was 42.70 ± 15.63 (18 - 71). There are many reasons to refuse the donation, but within the scope of this research, we only mention the medical causes, including infection: 13/186 (6.99%); organs damaged: 1/186 (0.54%); pre-hospital cardiac arrest: 2/186 (1.08%); metastatic cancer: 2/186 (1.08%). The number of organs received: 71 kidneys, 13 livers, 13 hearts, 1 cardiopulmonary block, 49 corneas, and 2 cases of skin donation. The transplantation results were good, except for 2/70 (2.86%) kidney transplantation cases of death in the postoperative period due to peritonitis and 01 case of cardiopulmonary block transplantation died due to pneumonia. **Conclusion:** The shortage of organ donation is a major pressing issue in the community. Achieving the success of organ transplantation requires a series of close coordination between many different specialties.

Keywords: Organ donation; Disease transmission; Organ examination.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép mô - tạng là phương pháp điều trị thay thế tốt nhất cho bệnh nhân bị suy chức năng mô - tạng giai đoạn cuối. Để có thể nhận được tạng hiến trong bối cảnh đặc biệt căng thẳng,

khẩn cấp để loại trừ các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng cơ hội hay tiềm ẩn, ung thư tiềm tàng hay đang phát triển hoặc tạng hiến đã bị tổn thương do bệnh nền trước đó hay do tổn thương trong quá trình hồi sức là

những khó khăn của nhân viên y tế. Ai có thể là người hiến? Làm thế nào để có được mô - tạng hiến với chất lượng tốt để ghép? Ai sẽ được nhận mô - tạng hiến để ghép? Đây là một quá trình phức tạp, diễn ra trong khoảng thời gian hạn hẹp tại Khoa Hồi sức Cấp cứu và gồm rất nhiều thành viên từ các chuyên khoa khác nhau cùng tham gia. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Đánh giá hoạt động của chương trình hiến và ghép mô - tạng từ người hiến chết tại Bệnh viện Chợ Rẫy.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

186 TH người hiến tiềm năng/người đã hiến tạng khi chết (DBD hay DCD) được ghi nhận tại Đơn vị Điều phối ghép các bộ phận cơ thể người của Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2008 - 2023.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:* Ghi nhận và phân tích tất cả các thông tin tiếp nhận được gồm: Tuổi, giới tính, lý do nhập viện, tiên lượng DCD, DBD từ bác sĩ hay từ gia đình người bệnh; nhận được sự đồng thuận hay từ chối hiến mô - tạng, loại mô - tạng nhận được và các nguyên nhân từ chối nhận hiến tạng này. Tùy thuộc vào từng TH, các loại

mô - tạng nhận được để ghép cho người bệnh có thể là thận, gan, tim, phổi, giác mạc, da... Trong TH danh sách chờ tại Bệnh viện Chợ Rẫy không có người bệnh chờ ghép, Đơn vị Điều phối sẽ báo về Trung tâm Điều phối Quốc gia để điều phối tạng đến các Trung tâm khác trên cả nước.

* *Xử lý số liệu:* Thông tin được thu thập, xử lý trên phần mềm Excel và SPSS 20.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu là sự tổng hợp, thống kê các thông tin đã được ghi nhận trên hồ sơ lưu trữ tại Đơn vị Điều phối ghép các bộ phận cơ thể người của Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu tuân thủ tính bảo mật thông tin, không gây hại hay làm ảnh hưởng đến người bệnh. Số liệu trong nghiên cứu được Bệnh viện Chợ Rẫy cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Trong các nghiên cứu từ năm 2008 - 2023, Đơn vị Điều phối Bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận được thông tin của 186 người hiến mô - tạng tiềm năng khi DBD hay DCD, chia làm 2 nhánh: Nhánh 1 từ các khoa hồi sức cấp cứu trong, ngoài Bệnh viện Chợ Rẫy, với 116/186 TH (62,37%); nhánh 2 là trực

tiếp từ gia đình người bệnh với 70/186 TH (37,63%). Trong đó, có 151/186 TH (81,18%) là nam giới và 35/186 TH (18,82%) là nữ giới. Tuổi trung bình $38,66 \pm 15,53$ tuổi (nhỏ nhất là 15; lớn nhất là 84 tuổi).

2. Trường hợp hiến mô - tạng thành công

Thành công nhận được 46/186 TH (24,73%), theo thứ tự của nhánh 1 và 2 là 10/116 TH (8,62%) và 36/70 TH (51,43%); bao gồm 30/46 TH (65,22%) DBD và 16/46 TH (34,78%) DCD. Trong số DCD, có 10/16 TH chỉ nhận được giác mạc. Có 34/46 (73,91%) nam giới; 12/46 (26,09%) nữ giới. Tuổi trung bình là $42,70 \pm 15,63$ (18 - 71). Các loại mô - tạng nhận được gồm 71 thận (trong đó có 59 thận nhận từ 30/46 TH DBD; 1 TH chỉ hiến 1 thận và 12 thận nhận được từ 6/16 TH DCD), 13 gan, 13 tim; 1 khối tim phổi; 49 giác mạc, 2 TH hiến da. Kết quả ghép tốt, trừ 2/70 TH (2,86%) ghép thận tử vong ở giai đoạn hậu phẫu gần sau ghép thận do viêm phúc mạc. Bệnh viện phổi hợp với Trung tâm Điều phối Quốc gia để điều phối các tạng đến các trung tâm khác như Bệnh viện Trung ương Huế (1 khối tim phổi + 1 tim); Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (4 gan + 5 tim); Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (1 gan); Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (1 gan); Bệnh viện Nhi đồng 2 (1 thận). Tại Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện

điều phối 24 giác mạc đến ngân hàng mắt của Hội bảo trợ bệnh nhân nghèo thành phố Hồ Chí Minh.

Trong số 46 TH hiến mô - tạng, có 04/46 TH (8,70%) có liên quan đến nhiễm khuẩn (02 TH viêm phổi mới nhiễm có thể không chế nhờ kháng sinh phổ rộng; 01 TH viêm phổi đã điều trị với kháng sinh 1 tuần; 01 TH nhiễm giang mai đã điều trị); tất cả người bệnh nhận mô - tạng từ những người hiến này đều được theo dõi sát sau ghép, bệnh nhân đều ổn định, không có tình trạng nhiễm khuẩn xuất hiện sau ghép.

Trong số 71 thận nhận được, có 01 TH 2 thận ghép cho 01 bệnh nhân (thận nhận được từ người hiến DCD, tiên đoán thận sẽ có chức năng kém sau ghép). Do đó, tổng số 71 thận hiến nhận được, nhưng chỉ có 70 bệnh nhân được ghép. Có 2/70 TH (2,86%) tử vong ở giai đoạn hậu phẫu gần sau ghép thận do viêm phúc mạc không liên quan đến nhiễm trùng từ người hiến. Có 01 TH ghép khối tim phổi tại Bệnh viện Trung ương Huế tử vong do viêm phổi trong thời gian hậu phẫu.

Theo dõi lâu dài các bệnh nhân sau ghép, đối với ghép thận có 5/68 TH (7,35%) bị lao; BK virus 7/68 TH (10,29%), viêm phổi 7/68 TH (10,29%), Cytomegalovirus 17/68 TH (25,00%); các TH khác chưa ghi nhận các biến chứng sau ghép.

3. Trường hợp hiến mô - tạng không thành công và nguyên nhân

Nhiều nguyên nhân chủ quan hoặc khách quan dẫn đến không tiếp nhận được mô - tạng hiến tặng.

Bảng 1. Nguyên nhân về y khoa không nhận được mô - tạng hiến.

Lý do không nhận được mô - tạng hiến (2008 - 2023)	Số lượng (n = 186)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn	13	6,99
Tặng hiến bị tổn thương do bệnh lý nền	1	0,54
Ngừng tim trước nhập viện	2	1,08
Ung thư di căn	2	1,08
Tổng cộng	18	9,69

Nguyên nhân từ chối tiếp nhận hiến mô - tạng (Bảng 1) có nhiều nguyên nhân, nhưng trong phạm vi bài viết này chỉ đề cập đến các nguyên nhân về y khoa gồm nhiễm khuẩn chiếm 13/186 TH (6,99%); tạng hiến bị tổn thương do bệnh lý nền chiếm 1/186 TH (0,54%); ngừng tim trước nhập viện chiếm 2/186 TH (1,08%); ung thư di căn chiếm 2/186 TH (1,08%).

BÀN LUẬN

Tương tự những hoạt động chăm sóc sức khỏe khác, trong hiến và ghép mô - tạng, cần quan tâm toàn diện mọi khía cạnh để lượng giá toàn bộ các quá trình từ hiến đến ghép và theo dõi sau ghép để đảm bảo tính an toàn, hiệu quả, duy trì sự tin tưởng trong y giới và cộng đồng. Nhiều hệ thống lượng giá được áp dụng trong chuỗi từ hiến, điều phối đến ghép hoặc loại bỏ mô - tạng hiến. Quản lý chất lượng của chương trình hiến và ghép mô - tạng từ người hiến chết là trách nhiệm của các

chuyên gia y tế, chính phủ, cơ quan phụ trách chung về y tế và ghép.

Tại Liên Minh Châu Âu (EU), theo các điều khoản tham chiếu của Ủy ban ghép tạng châu Âu số 7/2020/53/EU đã quy trách nhiệm của cơ quan y tế và các chuyên gia y tế dựa vào quy định về chuẩn hóa chất lượng và an toàn tạng người sử dụng trong ghép. Trong Điều 4 của quy định, các quốc gia thành viên của EU cần đảm bảo khung chương trình về chất lượng và an toàn đảm bảo bao phủ tất cả các giai đoạn trong chuỗi hoạt động từ hiến đến ghép

tạng hoặc hủy bỏ tạng không ghép. Trong Điều 17 của quy định, các thành viên cần chỉ định một hoặc nhiều thành viên có thẩm quyền để thiết lập 1 tiêu chí lượng giá chất lượng, an toàn, đảm bảo việc lấy tạng hiến và trung tâm ghép thuộc thẩm quyền, được kiểm soát hoặc kiểm toán thường xuyên. Điều 12 quy định các quốc gia thành viên cần đảm bảo nhân viên y tế trực tiếp liên hệ trong hệ thống từ hiến đến ghép hoặc hủy tạng hiến đều được đào tạo thích hợp, có đủ năng lực để thực hiện nhiệm vụ của họ và được tham gia những khóa đào tạo liên quan [1].

1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Trong khoảng thời gian 15 năm (2008 - 2023), Đơn vị Điều phối Bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận được 186 thông tin của người tiềm năng hiến mô - tạng. Thông tin này có thể đến từ nhân viên của các khoa hồi sức cấp cứu hay từ gia đình người hiến tiềm năng. 15 năm, chỉ nhận được 186 thông tin, trong khi số trường hợp tử vong do tai nạn giao thông hàng năm lên đến con số hàng ngàn người trên cả nước, điều này cho thấy sự khiếm khuyết trong quy trình phối hợp giữa các Khoa Hồi sức cấp cứu và Điều phối.

2. Trường hợp hiến mô - tạng thành công

Để có thể tiếp nhận được các trường hợp hiến tiềm năng này, ngoài yêu cầu

pháp lý, về chuyên môn, yêu cầu đầu tiên là mô - tạng của người hiến phải còn chức năng và không có những chống chỉ định hiến theo Thông tư 28/2012-TT-BYT [0]. Nhiễm khuẩn có thể tiềm tàng hay cơ hội trong thời gian nằm viện là vấn đề thường được các chuyên gia lo lắng nhất. Nhiễm khuẩn cấp hay mạn tính có thể được lây truyền từ tạng hiến đến người bệnh và có thể gây nên các bệnh lý hoặc thậm chí tử vong ở người bệnh sau ghép [3, 4]. Quyết định sử dụng những mô - tạng từ người hiến bị một số bệnh nhiễm trùng nhất định, như Cytomegalovirus (CMV), virus viêm gan B (hepatitis B virus - HBV), virus viêm gan C (hepatitis C virus - HCV) hoặc virus gây suy giảm miễn dịch ở người (human immunodeficiency virus - HIV) có thể được xem xét về mức độ có lợi và bất lợi cho những người nhận được chọn ghép, với nguy cơ mắc bệnh và tử vong có thể chấp nhận được và giảm thiểu bằng cách theo dõi và dự phòng hoặc các can thiệp dự phòng [3, 5, 6]. Trong bối cảnh hiến mô - tạng từ người chết, mặc dù đã có tầm soát về lâm sàng và dịch tễ học, nhưng không đủ thời gian để có chẩn đoán toàn diện, ngoại trừ các xét nghiệm khả năng có kết quả trong vòng vài giờ [6, 7]. Trong các TH hiến không hạn chế về thời gian (hiến mô), nên thực hiện các quy trình chẩn đoán rộng rãi để đánh

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC GHÉP TẠNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ IX

giá các nguy cơ một cách an toàn hơn. Ngoài hướng dẫn quốc gia, cần kể đến dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm hiện hành (như đại dịch SARS-CoV-2) và cập nhật có thể áp dụng tại địa phương [8, 9].

Quản lý thành công vấn đề lây truyền nhiễm khuẩn trên bệnh nhân ghép mô - tạng hiện nay là thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng do người nhận ghép có sức đề kháng giảm, dễ bị nhiều loại mầm bệnh truyền nhiễm trong khi các triệu chứng của nhiễm khuẩn thường không biểu hiện rõ rệt. Điều này đã được chứng minh với 03 TH tử vong trong loạt nghiên cứu này đều do nguyên nhân nhiễm khuẩn, nhưng là do bội nhiễm sau ghép trên cơ địa suy dinh dưỡng (01 TH ghép thận có BMI < 18, thời gian ghép kéo dài, bị trì hoãn chức năng thận ghép 2 tháng, nhiễm khuẩn hốc thận do ứ dịch, chảy máu, cuối cùng tử vong vì viêm phúc mạc); 01 TH ghép thận còn mang ống của thâm phân phúc mạc, ống thâm phân bị kẹt lại sau mổ, ứ đọng dịch, viêm phúc mạc, bệnh nhân tử vong do viêm phúc mạc; 01 TH viêm phổi bội nhiễm sau ghép khối tim phổi. Điều này đã cho thấy, không được chủ quan từ việc chăm sóc và điều trị cho người bệnh trên danh sách chờ cho đến tất cả các khâu trong chăm sóc người bệnh sau ghép.

Người bệnh trên danh sách chờ ghép mô - tạng, đến từ khắp các bệnh viện trên cả nước hoặc có thể lưu trú tại khu vực phía Nam. Mỗi năm, Đơn vị Điều phối Quản lý người bệnh chờ ghép mời bệnh nhân đến bệnh viện đánh giá sức khỏe một lần để cập nhật tình trạng bệnh trên danh sách chờ (có thể phát hiện ra bệnh mới xuất hiện và điều trị). Nhưng còn về tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu, loãng xương... phải được quan tâm, kiểm soát thường quy tại các khoa/phòng ở bệnh viện, nơi người bệnh đang được theo dõi và điều trị. Đây là vấn đề đang còn khiếm khuyết tại Việt Nam. Cần có quy trình phối hợp chặt chẽ giữa các đơn vị điều trị và Trung tâm Điều phối để cập nhật thông tin người bệnh trên danh sách chờ ghép mô - tạng.

Ung thư có thể lây truyền cho người bệnh sau ghép khi mô - tạng hiến bị ung thư, hoặc phát hiện ung thư sau khi hiến. Tuy nhiên, mức độ rủi ro của sự lây truyền này chiếm khoảng 0,05% [10, 11]. Ngày càng có nhiều người hiến mô - tạng lớn tuổi, nên nguy cơ lây truyền bệnh ung thư ngày càng tăng. Nguy cơ lây truyền ung thư cần được xem xét trong bối cảnh lợi và hại giữa việc giúp cứu sống người bệnh và lây truyền ung thư sau ghép.

Đối với việc tầm soát các yếu tố ung thư của người hiến, bên cạnh thăm khám lâm sàng vùng bụng, ngực, thăm âm đạo, trực tràng, các vết mổ, tiền sử bệnh, siêu âm bụng, X-quang tim phổi... chưa phát hiện ung thư ở loạt người hiến này. Theo dõi tầm soát định kỳ ung thư cho người bệnh sau ghép, đến nay cũng chưa phát hiện TH ung thư nào mới phát.

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, nhiễm khuẩn và ung thư luôn là hai vấn đề quan trọng được quan tâm khi thăm khám lâm sàng và tìm hiểu thông tin về tiền sử bệnh với gia đình. Các yếu tố cần quan tâm khảo sát như tiền sử bản thân (người bệnh đã di chuyển từ vùng dịch tễ trong và ngoài nước; nhiễm khuẩn đặc hiệu hay không đặc hiệu ở phổi, đường tiết niệu, ổ bụng, hoặc các cơ quan khác; có hay không mắc viêm gan siêu vi B, C; người bệnh đã phẫu thuật gì trước đó hay không, nếu có liên quan đến u bướu thì phải có giải phẫu bệnh lý). Tiền sử gia đình (tiền sử lao, viêm gan siêu vi B, C...). Tiền sử ung thư với các cận lâm sàng cần khảo sát như: Xét nghiệm máu (VS, CRP, QuantiFERON-TB, ion đồ máu, công thức máu); xét nghiệm nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu, cận addis, nhuộm Gram, cấy nước tiểu - kháng sinh đồ. Chẩn đoán hình ảnh: X-quang tim phổi thẳng, CT-scan phổi hoặc ổ bụng (khi có chỉ định) siêu âm

bụng, hệ niệu tổng quát. Xét nghiệm vi sinh: Cấy khuẩn/nấm trong máu; nước tiểu, đàm và kháng sinh đồ, Cytomegalovirus (CMV); Epstein-Barr Virus (EBV); BK Polyomavirus. Sinh thiết với tất cả các mô - tạng nếu có nghi ngờ ung thư.

Trong số 46 TH hiến mô - tạng này, có 04/46 TH (8,70%) có liên quan đến nhiễm khuẩn (02 TH viêm phổi mới nhiễm có thể không chế được bởi kháng sinh phổ rộng; 01 TH viêm phổi đã điều trị với kháng sinh 1 tuần; 01 TH nhiễm giang mai đã điều trị), tất cả người bệnh nhận mô - tạng từ những người hiến này đều được theo dõi sát sau ghép thông qua việc thực hiện ngay sau mổ các xét nghiệm như cấy máu, cấy nước tiểu, cấy đàm tìm vi khuẩn, vi nấm, huyết thanh chẩn đoán giang mai... Kết quả các xét nghiệm đều âm tính và lâm sàng bệnh nhân đều ổn định, không có tình trạng nhiễm khuẩn xuất hiện sau ghép. Bên cạnh đó, nhiễm khuẩn sau ghép của người bệnh còn là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác nhau như thời gian sau ghép < 12 tháng, liều thuốc ức chế miễn dịch, sau điều trị thải ghép, tình trạng dinh dưỡng, bệnh kèm theo...

3. Trường hợp hiến mô - tạng không thành công

Thiếu hụt nguồn cung của mô - tạng hiến đang là vấn đề đáng lo ngại không

chỉ riêng tại Việt Nam mà là một vấn nạn trên toàn cầu. Trong bảng 1, tỷ lệ từ chối hiến mô - tạng cao nhất là nhiễm khuẩn (6,99%) với 13/186 TH, điều này rất đáng tiếc. Vì vậy, tình trạng này đã đưa ra cảnh báo cho các nhà chuyên môn tại Khoa Hồi sức cấp cứu, cần có sự quan tâm đúng đắn đến vệ sinh môi trường, hạn chế tình trạng lây nhiễm chéo trong chăm sóc người bệnh, tầm soát và phát hiện sớm nhiễm khuẩn, có thái độ xử trí thích hợp, kịp thời để hạn chế sự bùng phát nhiễm khuẩn trên các đối tượng tiềm năng này.

KẾT LUẬN

Khan hiếm nguồn mô - tạng hiến, số lượng người bệnh chờ ghép ngày càng tăng là vấn đề lo ngại lớn trong cộng đồng. Để có được thành công của một ca ghép, cần sự phối hợp chặt chẽ nhiều chuyên khoa khác nhau trong tầm soát, đánh giá chất lượng mô - tạng hiến, cùng với việc theo dõi, điều trị người bệnh trên danh sách chờ ghép một cách toàn diện từ chuyên môn y khoa cho đến tình trạng dinh dưỡng... Đồng thời, kinh nghiệm điều trị ức chế miễn dịch phù hợp với từng cá thể bệnh, kế hoạch tầm soát các bệnh nhiễm khuẩn, ung thư định kỳ cũng là một yêu cầu bắt buộc trong liệu trình theo dõi và điều trị người bệnh sau ghép mô - tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European Committee (partial agreement) on organ transplantation (CD-P-TO). Achieving and measuring quality in organ donation and transplantation, In “Guide to the quality and safety of organs for transplantation”. *EDOM publisher*. 2018; 16:361-380.
2. Thông tư số 28/2012-TT-BYT ngày 4/12/2012 về Quy định “Danh mục bệnh mà người mắc bệnh đó không được lấy mô, bộ phận cơ thể để ghép cho người bệnh”
3. Ison MG, Nalesnik MA. An update on donor-derived disease transmission in organ transplantation. *Am J Transplant*. 2011; 11:1123-1130.
4. Ison MG, Grossi P and the AST Infectious Diseases Community of Practice. (2013) Donor-derived infections in solid organ transplantation. *Am J Transplant*. 2013; 13(4):22-30.
5. Fishman JA, Greenwald MA, Grossi PA. (2012), Transmission of infection with human allografts: Essential considerations in donor screening. *Clin Infect*. 2012; Dis;55:720-7.
6. Fischer-Fröhlich CL, Lauchart W, Patrzalek D. Evaluation of infectious disease transmission during organ donation and transplantation: Viewpoint of a procurement co-ordinator. *Organs Tiss Cells*. 2009; 12:35-54.

7. Fischer SA, Lu K and the AST Infectious Diseases Community of Practice. Screening of donors and recipients in solid organ transplantation. *Am J Transplant*. 2013; 13(4):9-21.
8. Pumarola T, Moreno A, Blanes J. Criteria for the selection of organ donors with respect to the transmission of infections. *Organs and Tissues*. 2000; 2:79-85.
9. Sarmento A, Freitas F, Tavares AP. Viral screening in the donation/transplant process in Portugal: State-of the-art in 2002. *Organs and Tissues*. 2003; 6(1):23-30.
10. Garrido G and Matesanz R. The Spanish National Transplant Organization (ONT) tumor registry. *Transplantation*. 2008; 85(8):61-63.
11. Moench K, SA Breidenbach T, Fischer-Fröhlich CL, et al. 6-year-survey of organ donors with malignancies in Germany. Presented at the 24th International Congress of The Transplantation Society. Berlin, Germany, 2012. *Transplantation*. 2012; 94(10):208. DOI: 10.1097/00007890-201211271-00388.