

QUẢN LÝ NGƯỜI CHẾT NÃO TIỀM NĂNG  
HIỂN MÔ TẶNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

*Đông Văn Hệ<sup>1\*</sup>, Phạm Thị Đào<sup>1</sup>, Lê Ngọc Trọng<sup>1</sup>, Lương Thu Thảo<sup>1</sup>  
Đỗ Hoàng Phương Nam<sup>1</sup>, Đỗ Mạnh Hùng<sup>1</sup>  
Nguyễn Thị Thuý Hằng<sup>1</sup>, Đồng Thị Hồng Hạnh<sup>2</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả quản lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 362 người bệnh (NB) chết não tiềm năng hiến mô tạng, xây dựng mô hình quản lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng và áp dụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01 - 6/2024. Chúng tôi phát hiện, ghi nhận, quản lý người chết não tiềm năng hiến. Đánh giá kết quả quản lý dựa vào tỷ lệ phát hiện, ghi nhận, thông báo, tiếp cận người chết não tiềm năng và tỷ lệ đồng ý hiến mô tạng. Phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** 362 NB chết não tiềm năng hiến đã được phát hiện và báo cáo ( $362/577 = 62,7\%$ ). Cao nhất là ở Phòng khám cấp cứu (100%) và Hồi tỉnh 3 (91,8%). Tỷ lệ tại các khoa khác  $< 30\%$  ( $p < 0,05$ ). 12/362 gia đình người chết não tiềm năng đồng ý hiến mô tạng (3,3%). Tỷ lệ đồng ý hiến mô tạng tại phòng cấp cứu là 8/240 (3,3%), hồi tỉnh 3 là 4/79 (5,1%), cao hơn các khoa khác ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ đồng ý hiến mô tạng cao hơn tại các khoa phát hiện, ghi nhận và thông báo chết não tiềm năng. **Kết luận:** Quản lý tốt người chết não tiềm năng hiến sẽ giúp tăng tỷ lệ người chết não hiến mô tạng.

**Từ khoá:** Chết não; Tiềm năng hiến; Quản lý.

MANAGEMENT OF THE POTENTIAL BRAIN DEATH DONORS  
AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the management of potential brain death donors at VietDuc University Hospital. **Methods:** A prospective study was conducted on 362 potential brain-death donors; a model was built for managing brain-dead

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

\*Tác giả liên hệ: Đông Văn Hệ (dongvanhe2010@gmail.com)

Ngày nhận bài: 05/8/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 30/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49si1.969>

people who were potential organ tissue donors and applied at VietDuc University Hospital from January 2024 to June 2024. We detected, recorded, and managed brain-dead potential donors. Management results were evaluated based on the rate of detection, recording, notification, access to potential brain-dead people, and the rate of consent to organ tissue donation. Related factors were analyzed.

**Results:** 362 potential brain death donors were identified and reported (362/577 = 62.7%). The highest rate was in the Emergency Department (100%) and in the Recovery Room N3 (91.8%). The rates in other departments were < 30% ( $p < 0.05$ ). 12/362 potential brain death families agreed to donate tissue (3.3%). The rate of consent to donate organ tissue in the Emergency Department was 8/240 (3.3%), and in the Recovery Room N3 was 4/79 (5.1%), higher than in other departments ( $p < 0.05$ ). The consent rate for organ donation is higher in departments that detect, record, and notify potential brain death. **Conclusion:** Good management of brain-dead potential donors will help increase the rate of brain-death people donating organ tissue.

**Keywords:** Brain-death; Potential donor; Management.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực trạng thiếu tạng hiến trên thế giới rất nghiêm trọng. Nhiều nghiên cứu ghi nhận, hầu hết các nước đều thiếu tạng hiến và nhiều NB đã qua đời trong khi chờ ghép tạng. Tại các nước phát triển, mặc dù chương trình hiến mô tạng đã được quan tâm nhưng mỗi ngày cũng có nhiều người chết vì thiếu tạng để ghép. Trung bình mỗi ngày có 6 người Hàn Quốc và 17 người Mỹ chết vì không có tạng để ghép. Tại Việt Nam, theo ước tính khoảng 30 người chết mỗi ngày vì không có tạng ghép. Để tăng số lượng người chết não hiến mô tạng, các nước đã đưa ra nhiều phương pháp khác nhau. Một trong những phương pháp quan trọng là quản

lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng. Người chết não tiềm năng hiến mô tạng là những trường hợp (TH) hôn mê sâu, Glasgow Coma Scale 3, 4 hoặc 5 điểm và đồng tử giãn. Quản lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng bao gồm việc phát hiện chết não tiềm năng, ghi nhận, đánh giá khả năng hiến, hỏi sức bảo quản tạng, thuyết phục gia đình NB đồng ý hiến, chẩn đoán chết não, phân phối mô tạng và ghép mô tạng. Việc quản lý sẽ giúp ghi nhận và đánh giá thực trạng số NB chết não tiềm năng hiến mô tạng tại các bệnh viện và đưa biện pháp cải tiến giúp tăng tỷ lệ hiến mô tạng từ người chết não [1, 2, 3]. Tại các nước phát triển, tất cả người chết não tiềm năng hiến

đều được quản lý chặt chẽ. Đây là nhiệm vụ bắt buộc đối với các bệnh viện. Tại Việt Nam, các bệnh viện chưa quan tâm, chưa thực hiện và cũng chưa có quy trình xây dựng, chưa có mô hình và chưa được nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả quản lý NB chết não tiềm năng hiến mô tạng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

\* *Đối tượng nghiên cứu:* 362 NB chết não tiềm năng hiến được phát hiện và quản lý tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* NB đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu; không phân biệt độ tuổi; không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, trình độ, học vấn; NB tiềm năng chết não là những NB có Glasgow  $\leq 5$  điểm và đồng tử giãn (được đưa vào danh sách theo dõi tiềm năng).

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Ngừng tuân hoàn ngoại viện; NB mắc các bệnh như HIV, ung thư ác tính, bệnh nhiễm trùng...

\* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Nhóm nghiên cứu xây dựng mô hình quản lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng (dựa vào kinh nghiệm quốc tế,

kinh nghiệm tại Việt Nam) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01 - 6/2024.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiền cứu.

\* *Cỡ mẫu và chọn mẫu:*

Chúng tôi ghi nhận số lượng ca chết não tiềm năng hiến mô tạng được thông báo lên nhóm Zalo của các khoa lâm sàng, đặc biệt là Khoa Hồi sức tích cực 1, Hồi sức tích cực 2, Gây mê 1, Gây mê 2, Hồi sức thần kinh, Phòng khám cấp cứu. Toàn bộ 362 NB tiềm năng chết não trong 6 tháng đầu năm 2024.

Nhóm nghiên cứu ghi nhận số NB chết não tiềm năng được báo cáo, số NB đủ điều kiện hiến mô tạng.

Loại trừ NB không đủ điều kiện hiến như NB bị nhiễm trùng, ung thư chưa điều trị khỏi, HIV, suy các tạng...

\* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin:*

Mô hình quản lý và thu thập thông tin: Lập nhóm Zalo gồm 150 thành viên từ các khoa lâm sàng trong Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các thành viên có nhiệm vụ phát hiện NB chết não tiềm năng hiến tại khoa lâm sàng, thông báo thông tin lên nhóm Zalo.

Nhóm tư vấn viên (đã được đào tạo) sẽ ghi nhận thông tin, tiếp cận hồ sơ bệnh án của NB, tiếp cận bác sỹ điều trị và điều dưỡng chăm sóc NB để

đánh giá khả năng chết não, đánh giá khả năng hiến mô tạng, tiếp cận gia đình NB thuyết phục hiến, tham gia thực hiện chẩn đoán hồi sức chết não, lấy mô tạng, điều phối hiến mô tạng khi gia đình đồng ý hiến và ghi nhận kết quả ghép mô tạng.

Chúng tôi ghi nhận lại toàn bộ thông tin của NB từ hồ sơ bệnh án và người nhà NB bằng file Excel.

NB chết não tiềm năng hiến mô tạng vẫn được hồi sức điều trị nhằm cứu sống họ (theo phác đồ hồi sức chuẩn của bệnh viện).

Kết quả hồi sức ghi nhận số NB hồi phục, số NB chuyển nặng thành chết não, nặng xin về hoặc tử vong. Số lượng NB được hồi sức bảo tồn chức năng tạng hiến cũng được ghi nhận đầy đủ. Ghi nhận số người chết não tiềm năng hiến mô tạng được nhóm tiếp cận hồ sơ bệnh án, tiếp cận bác sỹ điều trị và điều dưỡng chăm sóc, tiếp cận gia đình NB thuyết phục hiến. Nhóm ghi nhận kết quả chẩn đoán chết não, thực hiện lấy mô tạng hiến và kết quả ghép mô tạng.

Nhóm nghiên cứu ghi nhận tổng số NB tử vong, nặng xin về tại bệnh viện trong cùng thời điểm dựa vào số liệu ghi nhận tử vong, nặng xin về tại Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. So sánh số lượng người chết não tiềm năng hiến mô tạng được thông báo lên nhóm Zalo so với

số lượng NB tử vong, nặng xin về và so sánh tỷ lệ NB chết não tiềm năng được thông báo lên nhóm tại các khoa lâm sàng, so sánh tỷ lệ tiếp cận bác sỹ, điều dưỡng và gia đình tại các khoa lâm sàng, so sánh tỷ lệ thuyết phục thành công gia đình đồng ý hiến với một số yếu tố như khoa lâm sàng, số lượng ca báo cáo lên nhóm Zalo, tư vấn viên được đào tạo.

\* *Xử lý số liệu:* Số liệu nghiên cứu là các biến số độc lập. Sử dụng phần mềm Excel để tính tỷ lệ %, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (Số 18/GCN-HĐĐĐ, VD2024 ngày 07/3/2024). Nghiên cứu bảo mật về thông tin, nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2024 - 6/2024, 362 TH chết não tiềm năng đã được các khoa lâm sàng ghi nhận và thông báo. Tổng số ca tử vong và nặng xin về trong toàn bệnh viện cùng thời gian đó là 577. Tỷ lệ chết não tiềm năng hiến được ghi nhận là 362/577 (62,7%). Số lượng ca chết não tiềm năng hiến được báo cáo từ 5 khoa là

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

Khoa Hồi sức tích cực 1, Hồi sức tích cực 2, Gây mê 1, Phòng khám cấp cứu và Hồi sức thần kinh (*Bảng 1*). Một số khoa có NB tử vong, nặng xin về nhưng không thông báo ca chết não tiềm năng như Khoa Hồi sức tim mạch và lồng ngực (23 TH), Phẫu thuật tim mạch (3 TH), Phẫu thuật thần kinh (10 TH), Cấp cứu tiêu hoá (8 TH), Viện chấn thương chỉnh hình (3 TH), Phẫu thuật gan mật (2 TH), Nhi và trẻ sơ sinh (2 TH), Phẫu thuật nhiễm khuẩn (4 TH), Phẫu thuật tiêu hoá (5 TH), Ung bướu (2 TH) và Lọc máu (1 TH).

**Bảng 1.** Số chết não tiềm năng hiện được phát hiện, ghi nhận và thông báo tại 5 khoa.

Khoa	PKCC	Gây mê 1	HSTC1	HSTC2	HSTK
CNTNH báo cáo	240	86	17	10	9
Chết, nặng xin về	240	120	61	62	31
Tỷ lệ (%)	100	71,6	27,8	16,1	29,4

*(CNTNH: Chết não tiềm năng hiện; PKCC: Phòng khám cấp cứu; HSTC1: Hồi sức tích cực 1; HSTC2: Hồi sức tích cực 2; HSTK: Hồi sức thần kinh)*

Tổng số ca chết não tiềm năng hiện thông báo là 362 trong tổng số 577 ca nặng xin về, tử vong (số liệu từ tháng 01 - 6/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức).

**Bảng 2.** Số ca chết não tiềm năng hiện thông báo tại Khoa gây mê 1.

Gây mê 1	Hồi tỉnh 2	Hồi tỉnh 3	Hồi tỉnh 4
CNTNH báo cáo	0	86	0
Chết, nặng xin về	28	86	6
Tỷ lệ (%)	0	100	0

*(CNTNH: Chết não tiềm năng hiện)*

Khoa Gây mê 1 có 3 Khoa Hồi tỉnh điều trị người chết não tiềm năng hiện là Hồi tỉnh 2, Hồi tỉnh 3, Hồi tỉnh 4. Cả 34 TH chết, nặng xin về từ Khoa Hồi tỉnh 2 và Hồi tỉnh 4 không được phát hiện, ghi nhận và báo cáo.

Đơn vị tư vấn và điều dưỡng của các khoa đã tiếp cận 362 TH chết não tiềm năng hiển ghi nhận. Số lượng gia đình đồng ý hiến là 12/362 (3,3%). Trong số 12 TH gia đình đồng ý hiến mô tạng, 7 TH đã hiến mô tạng (58,3%), 1 TH được tư vấn đồng ý hiến tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (gia đình xin chuyển về Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức). Những TH còn lại không hiến được do NB hồi phục, suy tạng, nhiễm trùng... (Bảng 3).

**Bảng 3.** Chết não tiềm năng đồng ý hiến và kết quả hiến mô tạng.

<b>Nội dung</b>	<b>Số NB (n)</b>
Chết não tiềm năng hiển ghi nhận	362
Gia đình đồng ý hiến	12
Số ca chết não hiến mô tạng	7
Số ca chết não tiềm năng không hiến vì hồi phục	3
Số ca chết não không hiến vì nhiễm trùng	1
Số ca chết não không hiến vì gia đình đổi ý từ chối	1

**Bảng 4.** Số lượng ca chết não đồng ý hiến mô tạng tại các khoa.

<b>Khoa</b>	<b>PKCC</b>	<b>Gây mê 1</b>	<b>HSTC1</b>	<b>HSTC2</b>	<b>HSTK</b>
Tử vong, nặng xin về	240	120	61	62	31
CNTNH ghi nhận	240 (100%)	86 (71,6%)	17 (27,8%)	10 (16,4%)	9 (29,4%)
Gia đình đồng ý hiến	8 (3,3%)	4 (5,1%)	0	0	0
Chết não hiến	5 (2,1%)	2 (2,5%)	0	0	0

(CNTNH: Chết não tiềm năng hiến; PKCC: Phòng khám cấp cứu; HSTC1: Hồi sức tích cực 1; HSTC2: Hồi sức tích cực 2; HSTK: Hồi sức thần kinh)

Kết quả cho thấy 7 NB chết não đã hiến 14 thận, 7 gan, 6 tim, 1 phổi và 14 giác mạc.

### BÀN LUẬN

Số lượng chết não hiến mô tạng tại Việt Nam rất thấp. Trong thời gian từ 2010 - 2022, trung bình mỗi năm cả nước có khoảng 10 - 11 ca chết não hiến mô tạng. Chỉ số chết não hiến mô tạng/1 triệu dân/năm tại Việt Nam là 0,1. Trong khi chỉ số đó là 49 tại Tây Ban Nha, 48 tại Mỹ, 25 tại Pháp, 10 Đức, 10 tại Hàn Quốc... [1, 2, 4, 5]. Tại sao tỷ lệ người chết não hiến mô tạng tại Việt Nam thấp như vậy? Có rất nhiều lý do. Thực tế, hai vấn đề quan trọng nhất là số lượng đăng ký hiến mô tạng tại Việt Nam rất thấp (hiện nay chỉ 100.000 người đã đăng ký hiến mô tạng) và chúng ta chưa quản lý số người chết não tiềm năng hiến mô tạng tại các bệnh viện. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là nơi có số lượng người chết não hiến mô tạng cao nhất cả nước từ 2010 tới nay. Chúng tôi xây dựng quy trình quản lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng từ năm 2022 và bắt đầu áp dụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2023. Sau nhiều lần đào tạo, tổ chức, áp dụng, cải tiến... chúng tôi đã có được quy trình tương đối hoàn chỉnh. Quy trình này áp dụng trong toàn bệnh viện từ tháng 01/2024.

Kết quả cho thấy số NB chết não tiềm năng được phát hiện, ghi nhận và báo cáo lên hệ thống (nhóm Zalo) trong 6 tháng đầu năm 2024 là 362/577 = 62,7%. Tính riêng từng khoa (*Bảng 1*), tỷ lệ phát hiện, ghi nhận và báo cáo chết não tiềm năng cao nhất tại Khoa Cấp cứu (100%) và Khoa Gây mê 1 (65,8%). Trong Khoa Gây mê 1, tỷ lệ phát hiện, ghi nhận và báo cáo chết não tiềm năng cao nhất tại Phòng Hồi tỉnh 3 (91,8%) và thấp nhất tại Hồi tỉnh 2 và Hồi tỉnh 4 (0%) (*Bảng 2*). Những khoa khác phát hiện và ghi nhận chết não tiềm năng < 30%, có nhiều khoa là 0%. Kết quả này cho thấy còn nhiều khoa không quan tâm tới việc phát hiện, ghi nhận và báo cáo chết não tiềm năng. Đây có thể là số liệu đầu tiên tại Việt Nam về quản lý NB chết não tiềm năng hiến mô tạng. Hầu hết các bệnh viện trên cả nước không quản lý số người chết não tiềm năng hiến mô tạng. Một số bệnh viện trong mạng lưới bệnh viện hiến do Trung tâm Điều phối Ghép tạng Quốc gia xây dựng có báo cáo nhưng không đầy đủ và chỉ trong thời gian ngắn vài tuần rồi không tiếp tục ghi nhận. Tại các nước phát triển như châu Âu, Mỹ, Canada, Úc hay Hàn Quốc, tất cả NB chết não tiềm năng hiến phải được phát hiện và quản lý [2, 4, 5, 6]. Chết não tiềm năng hiến

mô tạng là những TH hôn mê sâu, điểm Glasgow Coma Scale 3, 4 hoặc 5 điểm và đồng tử giãn.

Đơn vị điều phối hiến ghép mô tạng của bệnh viện đã ghi nhận và tiếp cận tất cả 362 TH chết não tiềm năng hiến mô tạng sau khi phát hiện và báo cáo lên nhóm Zalo. Quy trình tiếp cận TH chết não tiềm năng hiến được chia thành 3 giai đoạn: Tiếp cận hồ sơ, tiếp cận bác sỹ và điều dưỡng điều trị chăm sóc NB, và tiếp cận gia đình người chết não tiềm năng hiến. Tiếp cận hồ sơ nhằm đánh giá chính xác tình trạng NB (mức độ nặng, dấu hiệu chết não), đánh giá khả năng hiến mô tạng (chức năng các tạng như thận, tim, gan, phổi, tụy, giác mạc...). Tiếp cận bác sỹ, điều dưỡng điều trị và chăm sóc người chết não tiềm năng hiến nhằm đánh giá chính xác hơn mức độ nặng, khả năng chết não, chức năng các mô tạng có thể hiến [7, 8, 9]. Đơn vị tư vấn có thể đề xuất với bác sỹ điều trị, điều dưỡng chăm sóc thực hiện thêm một số thăm dò, đánh giá khả năng hiến. Các bác sỹ và điều dưỡng cũng cung cấp cho điều phối viên tư vấn viên các thông tin như: Gia đình NB đã hiểu những gì về tình trạng nặng; mức độ nặng của NB; bác sỹ đã giải thích tình trạng nặng như thế nào; khả năng chết não... Bác

sỹ và điều dưỡng cũng có đánh giá ban đầu về quan điểm của gia đình về chết não, hiến mô tạng... Qua hai giai đoạn đầu tiên, đơn vị tư vấn có thể đánh giá và phân loại chết não tiềm năng hiến thành hai nhóm: Nhóm không có khả năng hiến (nhiễm trùng, HIV, ung thư tiến triển hoặc ung thư đang điều trị, suy các tạng) và nhóm có khả năng hiến. Giai đoạn 3 là giai đoạn tiếp cận với gia đình người chết não tiềm năng hiến.

Trong số 362 TH, khi tiếp cận với gia đình NB, 12 gia đình đã đồng ý hiến (Bảng 3, 4). Tỷ lệ đồng ý hiến là 12/362 (3,3%); trong đó, 8/240 (3,3%) tại Phòng khám cấp cứu và 4/79 (5,1%) tại Khoa Gây mê 1. Tỷ lệ đồng ý hiến tại Khoa Gây mê 1 (nơi NB điều trị như khoa hồi sức) xu hướng cao hơn Phòng khám cấp cứu (không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ). Điều này có thể do người chết não tiềm năng tại Khoa Gây mê 1 lâu hơn và đơn vị tư vấn, tư vấn viên có nhiều thời gian để tiếp cận hơn với gia đình NB. Không có TH nào đồng ý hiến tại các khoa khác như Khoa Gây mê 2, Hồi sức tích cực 1, Hồi sức tích cực 2 và Hồi sức thần kinh... Tỷ lệ đồng ý hiến lần lượt là 3,3% và 5,1% tại Phòng khám cấp cứu và Hồi tỉnh 3, cao hơn tại các khoa



khác như Hồi sức tích cực 1, Hồi sức tích cực 2, Hồi sức thần kinh, Hồi tỉnh 2, Hồi tỉnh 4 ( $p < 0,05$ ). Điều này cho thấy việc phát hiện và ghi nhận chết não tiềm năng hiến đóng vai trò quyết định. Nhiều tác giả khuyến cáo phát hiện, ghi nhận và báo cáo số NB chết não tiềm năng hiến là bước đầu tiên nhưng rất quan trọng trong quy trình quản lý người chết não tiềm năng hiến [9, 10].

Trong số 12 TH gia đình đồng ý hiến, 7 TH chết não và hiến mô tạng; 5 TH không hiến do: NB hồi phục (3 TH), nhiễm trùng không thể hiến (1 TH) và gia đình đổi ý không đồng ý hiến (1 TH). NB chết não tiềm năng hiến có thể hồi phục, hoặc suy các tạng, nhiễm trùng hoặc chống chỉ định hiến. Phát hiện chết não tiềm năng hiến giúp chúng ta có kế hoạch đánh giá khả năng hiến mô tạng, hồi sức giữ tạng, tiếp cận gia đình NB để tư vấn. NB có thể hồi phục nếu được hồi sức tốt, tình trạng nặng có thể cải thiện. Vì vậy, thời điểm được ghi nhận là chết não tiềm năng hiến, NB vẫn được điều trị như những TH khác nhằm cứu sống NB, nếu không thể cứu sống NB, chúng ta có đủ thời gian để đánh giá khả năng hiến, hồi sức giữ tạng và tiếp cận gia đình thuyết phục hiến [6, 10].

### KẾT LUẬN

Quản lý người chết não tiềm năng hiến mô tạng giúp đánh giá chính xác tình trạng NB, đánh giá khả năng hiến, tăng thời gian hồi sức giữ tạng, tăng tỷ lệ tiếp cận gia đình và tăng tỷ lệ hiến từ người chết não tiềm năng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S Mihaly, et al. Approaching the families of potential deceased organ donors: An overview of regulations and practices in council of Europe member states. *Transpl Int.* 2023; 36:11498. DOI: 10.3389/ti.2023.11498.
2. Cho WH. Causes of donation failure and improvement measures analyzed based on data from domestic deceased donors in 2019. *Korean J Transplant.* 2020; 34:219-230.
3. Sanchez-Vallejo A, et al. Examination of the brain-dead organ donor management process at a Spanish Hospital. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15:2173. DOI: 10.3390/ijerph15102173.
4. Westphal GA, et al. A managed protocol for treatment of deceased potential donors reduces the incidence of cardiac arrest before organ explant. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012; 24(4): 334-340.
5. Pandit RA, et al. Management of potential organ donor: Indian society

of critical care medicine: Position statement. *Indian J Crit Care Medi.* 2017; 21(5): 303-317.

6. Park J and Kim CJ. Recent decrease in organ donation from brain-dead potential organ donors in korea and possible causes. *J Korean Med Sci.* 2020; 35(13):e94.

7. Kim MI, et al. Causes of failure during the management process from identification of brain-dead potential organ donors to actual donation in korea: A 5-year data analysis (2012 - 2016). *J Korea Med Sci.* 2018; 33(50):e326.

8. Zirpe K and Gurav S. Brain death and management of potential organ donor: An indian perspective. *Indian J of Crit Care Medi.* 2019; 23(2):S151-S156.

9. Clarke C. Management of the brain dead organ donor. *Indian J of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2021; 3:S395-S400.

10. Anwar T and Lee JM. Medical management of brain-dead organ donors. *Acute and Critical Care.* 2019; 34(1): 14-29.