

HIẾN TẶNG Ở BỆNH NHÂN CHẾT NÃO: KINH NGHIỆM CỦA BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

ĐỒNG VĂN HỆ, NGUYỄN TIẾN QUYẾT, HÀ PHAN HẢI AN,
TRẦN HÀ PHƯƠNG, NGUYỄN QUỐC KÍNH,
ĐỖ DANH QUỲNH, NÔNG THANH TRÀ

TÓM TẮT:

Mục đích: Đánh giá kết quả của việc thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não hiến tạng. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu dựa vào kết quả việc thuyết phục hiến tạng đối với gia đình 35 bệnh nhân được chẩn đoán chết não tại Bệnh viện Việt Đức. Sau khi có chẩn đoán chết não, nhóm tư vấn hiến tạng tiếp xúc với gia đình bệnh nhân để thuyết phục gia đình hiến tạng. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: thành thị và nông thôn. **Kết quả:** Trong số 35 bệnh nhân có 28 nam (80%) và 7 nữ (20%), phần lớn trẻ (tuổi trung bình 34,5). Gia đình ở nông thôn 17 và thành phố 18. Có 3 trong số 35 gia đình đồng ý hiến tạng (8,6%). Cả 3 gia đình đồng ý hiến tạng đều ở nông thôn (3/17=17,6%), không có gia đình nào ở thành phố đồng ý hiến tạng (0/18=0%). Bệnh viện trợ giúp một phần kinh phí điều trị và lo hậu sự cho gia đình bệnh nhân đồng ý hiến tạng cũng như một số ưu đãi khác. **Kết luận:** Thành lập nhóm tư vấn hiến tạng là một giải pháp hữu hiệu để tăng tỷ lệ thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não đồng ý hiến tạng.

Từ khóa: hiến tạng, chết não.

SUMMARY:

Objective: Evaluation of success rate of organ donation after brain death in VietDuc Teaching Hospital. **Methods:** Prospective study on the 35 patients who were diagnosed brain death after traumatic brain injuries. Data was obtained from a collected database in ICU of VietDuc Teaching Hospital from 1/2010 to 8/2010. When patient was diagnosed as brain death, the "consultative team for organ donation" persuaded family to obtain a consent. There were two types of family: rural and urban areas. **Results:** Among 35 patients diagnosed as brain death, 28 were males (80%) and 7 females (20%), most of them were young (mean age 34.5 year olds), 17 patient's family from rural and 18

from urban areas. We obtained 3 consents from 35 family (8.6%), all of them from rurals areas (3/17=17.6%). The our hospital have different financial incencive for donor's family as treatment and funeral expence.... **Conclusion:** Installation of consultative team for organ donation was good method for increasing organ donation.

Keywords: brain death, organ donation.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Mỗi năm, danh sách những bệnh nhân chờ ghép tạng càng dài hơn nhưng số người được ghép tạng không tăng đáng kể (18,19). Chính vì vậy, nhiều bệnh nhân đã không thể tiếp tục sống và chờ đợi tới lượt mình được ghép tạng. Đó không phải chỉ là vấn đề ở Việt Nam mà ở nhiều nước cũng có hoàn cảnh đó. Trong 10 năm qua, số lượng người cần được ghép tạng tăng 6%/năm nhưng số bệnh nhân hiến tạng lại giảm 35% trong vòng 5 năm tại Australia (16). Nguồn tạng từ người sống càng khan hiếm, chính vì thế, lấy tạng từ người cho chết não là một giải pháp được cho là hữu hiệu. Tuy nhiên, dù Quốc hội nước ta đã ban hành luật hiến tạng từ người cho chết não (1/7/2006) nhưng chúng ta cũng chưa lấy được tạng từ người cho chết não trong hơn 4 năm qua. Tháng 5 năm 2010 là một dấu son của Bệnh viện Việt Đức nói riêng và của Ngành y tế Việt Nam nói chung. Chúng ta đã thuyết phục được gia đình bệnh nhân chết não đầu tiên hiến thận cho người cần ghép. Và ngay sau đó, chúng tôi đã thành công trong một số trường hợp chết não tương tự. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới sự đồng ý hay không đồng ý hiến tạng của gia đình bệnh nhân chết não.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Nghiên cứu mô tả tiến cứu dựa vào 20 bệnh nhân chết não đã được chẩn đoán và hồi sức chết não tại

Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 1/2010 tới 8/2010.

Nhóm tư vấn hiến tạng được thành lập tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10 năm 2009. Nhóm này bao gồm các thành viên là các bác sỹ trẻ, bác sỹ nội trú dưới sự điều hành của TS Đồng Văn Hệ. Tất cả thành viên của nhóm này không tham gia trực tiếp vào quá trình điều trị bệnh nhân chết não (ngay từ khi nhập viện, tới khi chết), không tham gia điều trị bệnh nhân chờ ghép tạng, không tham gia quá trình lấy tạng, ghép tạng và theo dõi sau ghép tạng. Nhóm có nhiệm vụ tìm hiểu hoàn cảnh của bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, hôn mê sâu (GCS 3-5 điểm) và bệnh nhân chết não. Khi có thông tin về bệnh nhân chết não, nhóm "tư vấn hiến tạng" lập kế hoạch tiếp xúc với gia đình bệnh nhân và theo dõi sát mọi diễn biến liên quan tới hồi sức bệnh nhân chết não (PGS-TS Nguyễn Quốc Kính). Khi có sự đồng ý hay không đồng ý hiến tạng, nhóm có nhiệm vụ báo cáo với Giám đốc Bệnh viện PGS-TS Nguyễn Tiến Quyết, Trưởng khoa tiếp nhận bệnh nhân chờ ghép TS Hà Phan Hải An.

Thông tin của bệnh nhân chết não: tuổi, giới, quốc tịch, nguyên nhân tai nạn, nguyên nhân chết não, nhóm máu, yếu tố Rh, chức năng gan, chức năng thận, tiền sử bệnh, tiền sử nghiện hút...

Những thông tin quan trọng của gia đình bệnh nhân chết não: hoàn cảnh gia đình (thành phố, nông thôn, miền núi...), bố mẹ, anh chị em ruột (nếu chưa thành hôn), vợ, chồng, con (nếu đã thành hôn). Nghề nghiệp của bệnh nhân chết não và các thành viên trong gia đình, thu nhập của cả gia đình và của bệnh nhân chết não, vai trò của bệnh nhân chết não đối với gia đình trước khi bị chấn thương sọ não. Có hay không có người suy thận, suy gan, xơ gan, ung thư gan trong gia đình, hoặc trong dòng họ của bệnh nhân chết não.

Trong quá trình thuyết phục gia đình bệnh nhân, nhóm tư vấn hiến tạng phải nêu được ý nghĩa nhân đạo của việc hiến tạng, nhu cầu cần ghép tạng của bệnh nhân và một số chế độ đãi ngộ của Bệnh viện Việt Đức đối với gia đình bệnh nhân hiến tạng.

KẾT QUẢ:

Trong thời gian 10 tháng, chúng tôi đã chẩn đoán và điều trị 35 bệnh nhân chết não vì chấn thương sọ não. Trong số đó, nhóm tư vấn hiến tạng đã tiếp xúc được với 35 gia đình của bệnh nhân. Gia đình của 3 trong số đó đồng ý hiến tạng. Tỷ lệ thành công là 8,6%.

Tất cả 35 bệnh nhân được chẩn đoán chết não tại Khoa Hồi sức, Bệnh viện Việt Đức bằng 8 tiêu chuẩn lâm sàng và 3 tiêu chuẩn cận lâm sàng đã được Nhà nước Việt Nam quy định. Chẩn đoán chết não được khẳng định bởi Hội đồng Chẩn đoán Chết não của Bệnh viện Việt Đức. Đó là 35 bệnh nhân bị chấn thương sọ não nặng và có tổn thương rõ trên cắt lớp vi tính sọ não. Bao gồm 28 nam (80%) và 7 nữ (20%). Tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 65 (trung bình 34,5). Gia đình ở nông thôn là 17 và thành phố 18. Cả 3 trường hợp đồng ý hiến tạng đều có nghề nghiệp là làm ruộng và gia đình ở nông thôn (3/17=17,6%). Trong số đó, một bệnh nhân chết não có em trai bị suy thận độ nặng, đang chờ ghép

thận.

Nhóm tư vấn hiến tạng tiếp xúc với gia đình của 35 bệnh nhân. Gia đình đầu tiên có ý định đồng ý hiến tạng là gia đình có người con trai đang chờ ghép tạng (anh trai của bệnh nhân chờ ghép bị chết não do chấn thương sọ não nặng). Vợ và con trai người chết não đồng ý hiến thận cho em trai bệnh nhân. Nhưng bố đẻ của người chết não (và cũng là bố đẻ của bệnh nhân đang chờ ghép thận) không đồng ý. Và chúng tôi không lấy được tạng của bệnh nhân chết não. Bệnh nhân này tử vong sau đó một ngày. Đây là trường hợp đáng tiếc nhất trong số 35 bệnh nhân chết não của chúng tôi.

Cả 3 trường hợp đồng ý hiến tạng, chúng tôi giải thích cho cả gia đình hoặc cho người được ủy quyền của gia đình. Sau khi có sự đồng ý của gia đình bệnh nhân, chúng tôi làm thủ tục đồng ý hiến tạng theo luật định, có sự chứng kiến của gia đình, hội đồng chẩn đoán chết não và luật sư. Bệnh nhân sau đó được lấy thận, gan, van tim và giác mạc.

BÀN LUẬN:

Để có được tạng ghép cho bệnh nhân từ nguồn bệnh nhân sống là rất khó khăn do chúng ta chỉ có thể lấy được thận, hoặc một phần gan từ người sống. Nhưng đây là việc làm có rất nhiều rủi ro, nhất là lấy một phần gan vì nguy cơ cho người hiến tạng rất cao. Chính vì vậy, lấy tạng từ người cho chết não là hướng đi đúng đắn có nhiều hy vọng cho người chờ ghép nhất là khi có luật hiến tạng từ người cho chết não, quy định chẩn đoán chết não từ năm 2006. Tuy nhiên, cũng giống như nhiều nước, mặc dù có luật hiến tạng từ người cho chết não nhưng số lượng bệnh nhân chết não hiến tạng vẫn rất ít vì gia đình từ chối. Tại Ấn Độ, sau hơn 10 năm kể từ khi luật ra đời, số lượng bệnh nhân chết não hiến tạng không đáng kể (9,11,12). Tại Việt Nam, sau 4 năm luật ra đời, chưa lấy tạng được từ người chết não! Như vậy, khó khăn nhất là thuyết phục gia đình bệnh nhân đồng ý hiến tạng. Điều quan trọng đầu tiên là phải chẩn đoán chết não khoa học và chính xác. Hội đồng Chẩn đoán Chết não phải tiến hành đúng các bước, trình tự và tuân theo pháp luật. Sau đó, nhóm tư vấn hiến tạng sẽ tiếp cận với gia đình bệnh nhân chết não. Chúng tôi giải thích cho gia đình của cả 35 bệnh nhân chết não (100%), cao hơn theo nghiên cứu của Adawood A và cộng sự là 86% (1,2). Lý do là chúng tôi đã thành lập "nhóm tư vấn hiến tạng" và nhiệm vụ của nhóm này là tiếp xúc với gia đình bệnh nhân chết não.

Chúng tôi đã thành công ở 3 bệnh nhân trong số 35 trường hợp chết não (8,6%). Tỷ lệ gia đình bệnh nhân chết não đồng ý hiến tạng khá cao ở nhiều nước. Tại Ả Rập Xê út, tỷ lệ đó là 17,6% (2). Tuy nhiên, với tỷ lệ 8,6% thành công khi tư vấn và thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy, xu hướng này có thể cung cấp một số lượng lớn tạng cho hàng ngàn bệnh nhân chờ ghép tại Việt Nam. Mỗi năm có khoảng 1200-1500 bệnh nhân bị chấn thương sọ não tử vong tại Bệnh viện Việt Đức. Nhưng phần lớn số bệnh nhân này không được chết ở bệnh viện mà gia đình xin về, hoặc tử vong và hầu hết không được tư vấn hiến tạng một cách đầy đủ.

Khi tiếp cận gia đình bệnh nhân, chúng tôi gặp nhiều khó khăn, nhất là hiểu biết về chết não rất hạn chế. Hầu hết gia đình chưa hiểu đúng về chết não. Họ thường cho rằng, chết não vẫn còn hy vọng sống! Nhiều nước cũng gặp những khó khăn tương tự (13,21). Cantarovich thăm dò ý kiến của sinh viên, bác sỹ và điều dưỡng ở Châu Âu, Châu Mỹ, Châu Á và kết luận: giáo dục tại trường học và trường đại học giúp ích nhiều cho sự hiểu biết về chết não cũng như ý nghĩa cao đẹp của việc hiến tạng (7,8). Việc giáo dục về ghép tạng, hiến tạng từ tuổi học trò sẽ có vai trò lớn trong việc thúc đẩy sự phát triển ghép cơ quan, nhất là hiến tạng từ người cho chết não. Không những chúng ta phải quan tâm tới giáo dục ở trường học, trường đại học và các hình thức tuyên truyền khác mà phải tiến hành liên tục, thường xuyên (6). Một số quốc gia Trung Đông nhận thấy tỷ lệ hiến tạng giảm đi đầu những năm 2000 khi việc tuyên truyền và giáo dục không liên tục (2,3,12). Vấn đề quan trọng nhất là xã hội và tín người phải chấp nhận chuyện hiến tạng từ người chết não. Chính vì thế, tuyên truyền phải thực hiện bởi nhiều hình thức, nhiều tổ chức và toàn xã hội. Chúng ta không thể thực hiện một cách đơn độc, hay chỉ ngành y không thể thực hiện được công việc này (3,4,5). Gajiwala cho rằng, phải có sự phối hợp của nhiều ngành, cơ quan trong xã hội mới làm tăng hiệu quả của việc tuyên truyền hiến tạng (11), nhưng quan trọng nhất là Bộ y tế, Bộ công an, các cấp chính quyền. Nên đưa tuyên truyền vào các trường học, giáo dục sức khỏe cộng đồng, giáo dục tín ngưỡng. Tại nhiều nước Châu Á, sự khó khăn của việc không chấp nhận hiến tạng rất cao do vấn đề tín ngưỡng, nhất là nhiều người theo Đạo Phật (9, 12, 14, 18,23).

Nhưng tất cả 3 trường hợp chết não đã được gia đình đồng ý hiến tạng đều là người ở nông thôn. Điều này trái ngược với nhiều nghiên cứu ở các nước phát triển. Alghanim nhận thấy: những người dân sống ở vùng nông thôn, vùng xa xôi và hẻo lánh thường ít có hiểu biết về hiến tạng và họ khó chấp nhận hiến tạng (3). Mặc dù cả 3 gia đình đồng ý hiến tạng ở nông thôn, nhưng cũng không phải là vùng xa xôi hẻo lánh, nơi họ sống cách trung tâm Hà Nội từ 20 tới 150 km.

Một vấn đề khác khá nhạy cảm là vấn đề trợ giúp kinh phí cho gia đình bệnh nhân chết não đồng ý hiến tạng. Nếu không xử lý khéo vấn đề này (từng trường hợp cụ thể hoặc chiến lược chung), chúng ta sẽ làm biến tướng hiện tượng này hoặc bị một số người lợi dụng. Thực tế cho thấy, nhiều nghiên cứu cho thấy: nên có một chế độ đãi ngộ hay giúp đỡ tài chính cho gia đình bệnh nhân chết não (17,20). Nên coi chế độ đãi ngộ cho gia đình bệnh nhân chết não hiến tạng cũng như chế độ dành cho người hiến trứng, hiến tinh trùng (để sinh con). Nhiều trường đại học hay viện giải phẫu nhận xác chết để nghiên cứu hay giảng dạy sinh viên phải trả tiền để có xác chết. Nhưng kinh nghiệm về hiến máu hay bán máu cũng có khó khăn. Trước đây, người ta khuyến khích bán máu, nhưng tỷ lệ nhiễm trùng hay bệnh lây qua đường máu tăng cao khi mua máu, có thể do người bán tìm mọi cách bán máu dù biết máu của mình bị nhiễm bệnh! Và ngày nay, người ta lại quay trở về "hiến máu

nhân đạo". Trong cả 3 trường hợp đồng ý hiến tạng tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi cũng trợ giúp gia đình bệnh nhân một phần kinh phí điều trị, chi phí nằm viện, an táng, mọi việc liên quan tới hậu sự và chế độ điều trị sau này của bố, mẹ hay con bệnh nhân (nếu không may phải vào viện). Chúng tôi cho rằng, đây là vấn đề quan trọng trong việc thuyết phục gia đình bệnh nhân đồng ý hiến tạng.

Nhiều nghiên cứu đánh giá cao vai trò của việc cấp thẻ hiến tạng. Cấp thẻ hiến tạng cho những người đồng ý hiến tạng, mỗi người có thể giống như chứng minh thư. Nếu sau này không may bị bệnh và qua đời, các nhân viên y tế sẽ báo cho trung tâm điều phối ghép tạng. Trong thời gian gần đây, chúng tôi đã nhận được đơn đồng ý hiến tạng của một số người. Nhưng vấn đề đặt ra là: nếu không may người đồng ý hiến tạng bị tử vong, liệu gia đình họ có đồng ý cho chúng ta lấy tạng? Giá trị của việc cấp thẻ đăng ký hiến tạng còn là vấn đề được bàn luận sôi nổi. Tại Thụy Điển, việc cấp thẻ đăng ký hiến tạng không làm tăng số lượng bệnh nhân hiến tạng từ người cho chết não (10), trong khi ở một số nước việc cấp thẻ đăng ký hiến tạng làm tăng đáng kể số bệnh nhân hiến tạng như Hà Lan, Pháp...

KẾT LUẬN:

Thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não đồng ý hiến tạng là việc làm rất khó khăn nhưng chúng ta có thể thực hiện được nếu được chuẩn bị đầy đủ và kỹ lưỡng. Việc thành lập nhóm tư vấn hiến tạng có thể đóng vai trò quyết định trong sự thành công của việc này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1-Aigner G (2004), An overview of legal aspects in organ transplantation – what are family right? *Ann Transplant*, 9, 1, 11-14.
- 2-Aldawood A et al (2007), Organ donation after brain death: experience over 5 years in a Tertiary Hospital, *Saudi J Kidney Dis Transplant*, 18, 1, 60-64
- 3-Alghanim S.A (2010), Knowledge and attitudes toward organ donation: a community-based study comparing rural and urban populations, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 21, 1, 23-30.
- 4-Ararrantes S et al (2007), Analysis of effective renal donation from brain-dead donors in a level II hospital over 10 years, *Arch Esp Urol*, 60, 10, 1175-1178
- 5-Bruzzzone B (2008), Religious aspects of organ transplantation, *Transplant Proc*, 40, 4, 1064-1067.
- 6-Cantarovich F (2004), Organ shortage, are we doing our best?, *Ann Transplant*, 9, 1, 43-45.
- 7-Cantarovich F (2004), The role of education in increasing organ donation, *Ann Transplant*, 9, 1, 39-42.
- 8-Cantarovich F (2005), Public opinion and organ donation suggestions for overcoming barriers, *Ann Transplant*, 10, 1, 22-25.
- 9-Chandra H and Singh P (2001), Organ transplantation: present scenario and future strategies for transplant programme (specially cadaveric) in India: socio-administrative respects, *J India Med Assoc*, 99, 7, 374-377.
- 10-Daniel D E et al (1998), Organ and tissue donation: are minorities willing to donate? *Ann Transplant*, 3, 2, 22-24.
- 11-Gabel H (2004), National donor registers a worldwide survey, *Ann Transplant*, 9, 1, 15-18.