

聚焦 器官捐献之困(上)

器官需求与供给比例是 150 : 1,我国每百万人捐献率只有 0.03

生命不能再等待

本报记者 王君平 申琳 朱磊

器官供体奇缺制约器官移植

每年有 150 万人因末期器官功能衰竭需要移植,只有约 1 万人能够完成移植

在安徽医科大学附属医院器官移植中心病房,42 岁的杨光刚刚接受过肝脏移植手术。他是肝炎引发的肝硬化,住院时直接进入重症监护病房,等待肝移植。然而,在漫长的两个月里,可供移植的肝脏始终找不到。

杨光的老父亲急了,“扑通”一声就给中心副主任医师刘付宝跪下:“求求您,一定要救救他。”然而没有可移植肝脏,刘付宝也无能为力。肝移植患者的治疗必须分秒必争,否则随时可能发生危险。幸运的是,医院最终找到了适合移植的肝脏,并成功施行了手术。在等待的过程中,杨光脑部受损,至今没有恢复语言表达能力。

年仅 26 岁的程婧,湖北恩施市三岔中学一名优秀的特岗教师,尿毒症患者。当地各界为她筹集了近百万元爱心款,却因找不到肾源,仍无法彻底治疗,只能靠每周进行透析维持虚弱的生命。

43 岁的安徽蚌埠患者胡本蔡,因急性重症肝衰入住南京鼓楼医院肝胆外科,一度病危。唯一能救他的只有肝移植,可是当时没有合适的肝源,等到的肝源和他的血型不合。

为了挽救胡本蔡的生命,鼓楼医院专家大胆为其进行了跨血型肝移植手术并获得成功。南京鼓楼医院肝胆外科专家强调,血型不相容的肝移植是迫不得已的选择,只用于急诊救命。

南京鼓楼医院院长丁义涛介绍,由于供体极其缺乏,有 90%病人在漫长的等待过程中死亡。

据世界卫生组织统计,中国已成为数量仅次于美国的第二大器官移植国,当前世界上所有的移植技术几乎都能在中国进行。中华医学会器官移植分会主任委员郑树森院士介绍说,我国肝移植手术成功率达到 99%以上,移植受者的 1 年、5 年、10 年的生存率已经分别高达 90%、80%和 70%。通过器官移植,换一个健康的器官就能让生命延续。

随着器官移植技术的发展,人体器官成为稀缺资源。与世界各国一样,器官来源紧缺也是制约我国器官移植发展的瓶颈。

据卫生部统计,在我国,每年有 150 万人因末期器官功能衰竭需要移植,可只有约 1 万人能够完成器官移植,器官需求数量与供给数量的比例是 150:1。而世界卫生组织统计的全球平均数是 20—30:1,美国是 5:1,英国是 3:1。

器官供应奇缺,主要原因是器官捐献率极低。据统计,2003 年我国“公民逝世后器官捐献”数字还是零,经过多年的努力,我国每百万人捐献率达到了 0.03。而在美国,每百万人中有 26.5 人捐献器官,欧盟每百万人中有 17.8 人捐献。

在北京某三甲医院,一位 12 岁姓崔的男孩因患白血病生命垂危。来自山东临沂的父母想把孩子器官捐献给需要的人,却没有一个地方能够接收登记。这对纯朴的农民想不明白,为什么想要捐出器官会这么难呢?

2010 年 10 月,一名云南省来南京打工者,因为脑出血被送到江苏省人民医院抢救,无自主呼吸 12 小时以上,肝肾功能良好,适合捐献。突发脑出血后,家人一直无法取得联系。其间病人的哥哥曾到医院见过病人一面,后再未出现,失去联系。通过当地派出所联系病人户口所在地,因其家处偏远山区,无法联系到其家人,只能选择放弃。

由于器官捐献要获得死者配偶、父母、子女的同意,现实中这些家属往往分散在不同地方,路途遥远,使捐献程序复杂。而等待同意的时间过长,器官功能就会减损甚至不能使用。

在我国,器官捐献体系建立还处在试点阶段。



山东聊城市冠县的杨甲喜 2009 年因肝功能衰竭,急需进行肝脏移植手术,但一时找不到适合的供肝。其妻王凤青经过化验,与丈夫血型吻合、配型成功。山东省立医院器官移植肝胆外科的医生为其实施了肝脏移植手术,将王凤青 2/3 的肝脏移植到杨甲喜的体内。图为康复中夫妇握手相互鼓励。 龚辉摄(资料照片)

同“肝”共苦

器官移植最缺的不是技术

建立符合国际伦理原则的人体器官捐献体系,是解决器官紧缺问题的根本出路

33 岁的魏霞走了。这位坚强的湖北麻城姑娘兑现了生前的诺言:捐献了自己所有器官。她成为武汉人体器官试点工作启动以来捐献第一人。当魏霞的追悼会在麻城举行时,同村的许多乡亲不敢甚至不愿前往与她告别,理由是怕沾上“晦气”。

上世纪 50 年代起逐渐成熟,被称为“医学之巅”的器官移植技术,已成为众多终末期患者得以延续生命的最后企盼。“身体发肤,受之父母,不敢毁伤,孝之始也。”根深蒂固的传统观念,仍是阻碍器官捐献的一只“拦路虎”。

南京市红十字会负责器官捐献的工作人员介绍,按照中国人的丧葬习惯,去世的人也要保持身体的完整性。即使捐献者同意,往往也会因家属反悔而难以实现捐献。他举例说,一名脑出血女患者,她的丈夫同意捐献器官,

但她的父母却强烈反对。安徽长丰县造甲乡崇早村程风无老人去世前签下遗嘱,要求捐献遗体 and 所有可用器官,老伴与子女同意执行遗嘱。安徽医科大学遗体(器官)捐献接受站常务副站长付杰到了村口,却被村里人拦住了。村里人将程家围了起来,大骂其子女不孝,老伴糊涂,付杰也被从车里揪了出来。尽管完成了老人的意愿,但程家人却无法再在村里立足,只好搬走。

安徽医科大学解剖学系主任李光武告诉记者:“在国外,遗体器官捐献是一件很光荣的事情,但在我国内地却行不通,原因是观念没有跟上,宣传做得不够。在香港的玛利亚医院、威尔士亲王医院这些医疗机构,随处可见器官捐献的宣传册子。在内地各大医院,几乎很难看到。”

一位从事器官捐献工作的专家表示,器官

捐赠最大的障碍是传统观念束缚,有时更大的压力来自亲人。说服患者家属捐献亲人器官,很多人认为是件残忍的事情,没法张口。

去年 8 月,13 岁深圳男孩丁思成独自说服家人,捐出母亲的 9 项器官。但很少有人能注意到器官捐献协调员高敏的名字。高敏是深圳市红十字会志愿者、器官捐献协调员。在一线城市看来,她是个“不吉利的人”,一个添麻烦的多事者。高敏说:“别老老百姓了,就是有些三级甲等医院的医生都拐不过弯来。”

有关专家认为,器官移植最缺的不是技术,而是捐献器官的观念和法律制度。思想观念的改变,必须辅以相关的制度来完善推进。没有充足的器官供体,再好的移植技术也是“空中楼阁”。

随着我国死刑判决的逐渐减少,活体器官移植数量迅速增加。但活体器官移植本质上是用一个健康人的器官,挽救另一个病人的生命,使一个病人变成两个病人。而且受巨额经济利益的驱动,出现非法买卖器官等恶性案件。为此,我国对活体器官移植采取严格控制的政策。

专家指出,随着死因器官来源的逐渐减少与活体器官捐献的严格管制,解决器官紧缺问题的根本出路,在于建立符合国际伦理原则的人体器官捐献体系,扩大器官供给。

为缓解我国人体器官来源的紧张局面,2010 年 3 月,中国红十字会和卫生部联合启动全国人体器官捐献试点工作。2011 年 7 月试点工作扩大到 16 个省(市)。据统计,截至 2011 年 11 月,16 个人体器官捐献试点累计登记自愿捐献者 15379 人,联系潜在捐献者 391 人,成功捐献 136 例。

目前,大多数试点省市都没有建立独立的器官捐献管理机构,在国家层面也没有专门的机构。从世界范围来看,各国一般都设立专门的工作机构,负责器官捐献某一方面的工作。如美国有国家器官获取和移植网络、器官移植受体科学登记系统、器官资源共享网络。

专家建议,我国应在国家层面设立人体器官捐献管理机构,在省一级设立相应的机构,确保专人负责,从而推动我国的器官捐献工作顺利开展。

量应用阿片类药物而产生耐药性时,可以采用“第四阶梯止痛”——神经阻滞及介入疗法。该疗法是用穿刺针将局麻药或镇痛药、神经毁损药注入特定的镇痛靶区,从而达到快速止痛的目的。

1.硬膜外腔阻滞术:连续硬膜外腔局麻药或镇痛药阻滞,已成为国内外治疗顽固性疼痛的主要方法,一次置入导管的保留时间已延长到 2 周以上。配合自控镇痛泵,患者可以在家中治疗并可外出活动,使用方便,止痛迅速。

2.腹腔神经丛阻滞术:主要治疗胰腺癌等腹腔盆腔内脏顽固性疼痛。本法只要适应症选择合适,有效率非常高,在腹痛消失时无严重副作用,合并症发生率也很低。

3.选择性脊神经根毁损术:对于体神经支配区发生的癌性疼痛,强阿片类药物控制不满意时,可考虑相应脊神经后根或者脊神经化学毁损、物理毁损,达到阻断疼痛信号传导的目的。

4.蛛网膜下腔可编程输注泵植入术:这是目前国际上治疗癌性疼痛最先进的办法。向蛛网膜下腔置管,导管与可编程药物输注泵相连,根据患者疼痛特点,由体外遥控器进行编程控制,直接将镇痛药物输注到疼痛感受中枢。(作者为卫生部中日友好医院疼痛科主任)

不吐不快

●我国患者的权利意识已经觉醒,而医生的人文修养还在沉睡,二者形成强烈反差,这也是医患冲突加剧的一个重要原因

最近,听两位朋友讲述就医经历,颇有感触。

一位朋友的小孩半夜耳痛,来到北京某大医院看急诊。恰巧,急诊室有位耳鼻喉科医生在值班。出人意料的是,这位医生竟然说:“我只给大人看病,不给儿童看病。”

另一位朋友的老父亲患心脏病,千里迢迢来到北京。一位医生接诊后,先让病人去做个核磁。病人说,刚在外地做过核磁,片子也带来了。医生冷冷地说:“我不看外院的片子。”

两件事情,看似不相关,却反映了一个共同的问题——冷漠成了医疗界的“流行病”。面对病人的痛苦,两位医生麻木不仁,一个不看“儿童病”,一个不看“外院片”。这样的举动,不仅违背了职业操守,也令人感到阵阵心寒。

医学技术在进步,人文精神却在滑坡,这是当下医疗界的一大通病。如今,医生越来越关注医学证据、技术指南、核心期刊,却忽视了活生生的人。病人来到医院,就像进入了工业化流水线,从一台机器走到另一台机器。他们看不到医生的笑脸,听不到医生的呼唤,只能感受到冰冷和恐惧。很多医生看病,既不问病史,也不触摸人,只是低头开单。病人还没说完病情,医生已经喊“下一个”了。

医学是一门人学,本应是温暖的科学。除了客观的诊断和治疗之外,还应包括心灵的沟通、情感的交流、温馨的祝福、热情的鼓励。一个好医生,既是“工程师”,也是“艺术家”。然而,人文精神一直是我国医学教育的一条“瘸腿”。在医学生的必修课中,几乎没有一门医学人文课,人文教育流于形式。由于“重技术轻人文”,很多医学生人文精神严重“缺钙”,在临床上往往“见病不见人”,导致医患的“情感鸿沟”日益加深。

曾有一位美国学者到中国讲课,他给每位医学生发了一张纸条,上面写着:从医学的角度回答,人是由什么组成的?学生的答案都是“细胞”。美国学者又发给学生第二张纸条,上面也写着一个问题:从医学的角度回答,狗是由什么组成的?学生的答案还是“细胞”。后来,美国学者在第一个问题的答案之后加了一个词:权利。可见,人和动物的本质区别在于其社会属性。一个不懂得尊重患者权利的医生,与兽医有何区别?

近年来,我国患者的权利意识已经觉醒,而医生的人文修养还在沉睡,二者形成强烈反差,这也是医患冲突加剧的一个重要原因。过去,在家长主义盛行的时代,医生是绝对权威,病人只能被动盲从。而在法治社会,病人的维权行动此起彼伏。因此,尊重病人的自主权、知情权、选择权、隐私权等基本权利,已经成为医生的基本职业要求。如果医生不改变傲慢与冷漠的惯性姿态,最终将自毁尊严。

和发达国家相比,我国的医疗设备很先进,手术技巧也不差,差就差在人文精神上。在经济高速发展的今天,医学技术走得太快了,而医生的人文情怀没有跟上。一些人抢占了技术和财富的制高点,却失去了道德和人性的制高点。事实上,抛弃医学人文精神是要付出代价的。当今,医生职业声誉一落千丈,医患关系日趋紧张恶化,其根源就在于技术与人文的断裂。这正如意大利诗人但丁所说:“道德常常能填补智慧的缺陷,而智慧却永远填补不了道德的缺陷。”

医学无论怎么发展,永远不可能包治百病。但是,如果医生心中都有一盏人文的灯,医学就会温暖百家、安顿百魂。

医学瞭望塔

东阿阿胶通过日本权威机构检测

本报电 日前,日本厚生劳动省指定检测机构对东阿阿胶出口日本的阿胶原粉进行了检测,检测结果显示,842 项农药残留、兽药残留、重金属、细菌等检测项目均为零检出,这标志着山东东阿阿胶股份有限公司的阿胶原粉通过了日本权威机构最严格的质量检测。

在国家非物质文化遗产东阿阿胶制作技艺代表性传承人秦玉峰的带领下,东阿阿胶在全产业链实现质量管控,在全国范围内自建了 17 个养护基地,并率先实现了“驴皮溯源工程”,从源头上确保产品安全及消费者用药安全。(董悦)

北京佑安医院泌尿外科成立

本报电 近日,首都医科大学附属北京佑安医院引进了泌尿外科专家和多名专科人才并购置高精尖设备,开设了泌尿外科专家门诊、普通门诊和住院病房,目前已经正式接诊患者。

佑安医院泌尿外科拥有一支由泌尿专家张惠主任带领的医护团队,该科以前列腺癌、肾癌、膀胱癌等泌尿系统肿瘤作为重点专业方向,以“极小损伤的泌尿系统微创腔镜手术”、“肾功能衰竭患者复杂血管通路建立”、“尿毒症的肾脏综合替代治疗”作为三大专业特色。(刘慧)

本版责任编辑:王君平

莫让冷漠成习惯

白剑峰

健康之道

专家话疼痛③

全球每年约有 700 万人身患癌症,我国约有 180 万人。其中,70%的晚期癌症患者有疼痛,30%的患者有难以忍受的剧烈疼痛。疼痛使患者的生存质量明显下降,很多人都想“安乐死”求解脱。其实,疼痛病人也能实现“安乐活”。

癌症病人的疼痛成因比较复杂,主要分为:直接由肿瘤发展侵犯引起的;和肿瘤相关但不是直接引起的;由肿瘤治疗引起的;和肿瘤无关的疼痛。由前两种原因引起的疼痛,抗肿瘤治疗可在一定程度上使疼痛缓解;而由后两种原因引起的疼痛,则需进行止痛治疗。

目前,治疗疼痛首选“三阶梯止痛法”。这种方法具有简单、安全、有效、合理的优点,可以使 90%病人的疼痛得到有效缓解,超过 75%病人的疼痛得以解除。“三阶梯止痛”的含义是:根据患者疼痛的轻、中、重不等的程度,分别选择第一、第二及第三阶梯的不同止痛药物。第一阶梯用药是以阿司匹林为代表的非阿片类药物;第二阶梯用药是以可待因、曲马多为代表的弱阿片类药

物。第三阶梯的用药是以吗啡为代表的强阿片类药物。在应用“三阶梯止痛法”时,既要缓解疼痛,又要将副作用减少到最低限度。这就需要合理搭配用药和反复调整药物剂量。对于不能口服的患者,临床上开辟了多种用药途径,如经皮下透入、静脉、脑室内、直肠、椎管内给药等。

吗啡类止痛药是治疗中、重度疼痛最有效的药物。但是,许多人对这类药存有戒心,担心造成上瘾。其实,吗啡类止痛药物成瘾的发生率与药

物剂型、给药途径及给药方式有关。静脉直接注射使血药浓度突然增高,容易出现欣快感及毒性反应,因而易于导致成瘾。在慢性疼痛治疗中,采用控释、缓释制剂,口服或透皮给药,按时用药,避免出现过高的峰值血药浓度,并且使血液中的活性药物在一定程度上保持恒定。这种规范化的用药方法,可以在保证理想止痛治疗的同时,又显著降低成瘾的风险。

当用“三阶梯止痛法”疗效欠佳或长期大

癌痛也能“安乐活”

樊碧发

- 治疗癌痛首选“三阶梯止痛法”
- 合理使用吗啡类止痛药不会成瘾
- 耐药可采用神经阻滞及介入疗法