

“总结我国器官短缺的原因,大概有如下三点:移植技术成熟,求远大于供;现有捐献概念框架不能适应现实需要;我国目前尚缺乏脑死亡标准,也没有脑死亡立法,大大降低了器官的可利用率。



器官捐献 难在何处

■本报见习记者 贡晓丽

4月初,中国红十字会下设的中国人体器官捐献管理中心网站正式开通。而就在半个月前,国家卫计委刚刚推出中国首个器官捐献志愿者登记网站“施予受”。

两家器官捐献登记平台的先后上线意味着,中国不仅结束了长期以来公民身后捐献器官“捐赠无门”的困境,还在短时间内建立了两个公民随时可以在线登记个人身后捐献器官意愿的网络平台。

平台的上线,要用多长时间才能缓解我国捐献器官源匮乏的现状,仍待时日的检验。

但中国医学科学院、中国协和医科大学生命伦理学研究中心教授翟晓梅认为,这是中国人体器官捐献与移植委员会对人体器官捐献体系、人体器官获取和分配体系、人体器官移植临床服务体系、人体器官移植术后登记体系、人体器官移植监管体系进行统一协调和指导,为解决我国器官短缺而建立社会配套措施迈出的重要一步。

器官捐献的认识,制定相应的法规,加快建立器官捐献体系是当务之急。

随着医疗保障程度的不断提高和移植技术的进步,对器官移植的医疗需求不断增加,器官供需矛盾日益突出。

制约我国公民逝世后器官捐献的因素有很多,人们普遍认为传统观念会在某些时候构成隐性障碍。

“但越来越多的实证研究发现,在我国传统文化中不乏支持帮助他人、救人的思想和观念,而社会正能量的传递、互相帮助的精神风貌在年轻一代人的身上更加突出。”翟晓梅表示。

还有些实证研究证明,身后要留完整尸体的理念已经不再是多数潜在捐献者的文化障碍因素。而缺乏社会配套体系则成为影响器官捐献的最重要因素,这一体系包括了捐献平台的建立、公开公正的分配体系等制度的建立。

须与脑死亡判断脱钩

器官移植医师与脑死亡判断脱钩的做法对“死者家属同意捐”有积极的影响。

随着生命维持技术的进步,特别是呼吸机的使用,人们对死亡标准开始重新思考。器官移植技术的成熟与尸体器官的短缺,大大加剧了人们对脑死亡标准确立的迫切需求。

“但公众对脑死亡概念的认识还有很多误区,学术界的讨论尚待深入。”翟晓梅补充道,这使得尸体器官来源受到很大限制,大量器官被浪费。

在传统上,心、脑、肺三个器官是生命的三个核心器官,其中任何一个器官的死亡都必然

会导致其他器官的迅速死亡,最终导致人的全身死亡。

但是,由于医学技术的发展,特别是呼吸机的使用,一个人在脑部受损后,依靠ICU的机械装置仍然能够支持心脏功能,维持其躯体的生物活性,这样就把脑功能与心肺功能间密切的联系分离开,把脑死亡与整个机体死亡的必然联系切断了,也使人们产生了极大困惑。

因此,翟晓梅认为,死亡是医学判断的事实。如果仍然把心肺功能的不可逆停止作为死亡标准是不够充分的,也是不合适的。“在这个意义上,脑死亡标准能够为人们提供一个更充分的死亡标准,脑死亡就等于人体死亡。”

但在现代医疗条件下,与器官移植技术发展的进步条件不同,脑死亡概念的提出是现代生命支持技术发展的结果。

“需要注意的是脑死亡标准的确立客观上有利于器官移植,但有利于器官移植并不是脑死亡作为死亡判断的理由。这就是为什么进行脑死亡判断的医生应该是神经科学专业人员,而不是器官移植专业的医生。”翟晓梅解释说。

器官捐献在无锡人民医院有一整套的流程。“床位医生知道某位病人已经脑死亡后,会先跟病人家属谈话,询问愿不愿意做器官捐献。如果家属同意,接下来器官捐献协调员就会与红十字会联系。由红十字会派出鉴定脑死亡的两个专家来鉴定病人是否已经脑死亡,确定是脑死亡以后才可以进一步做器官捐献。”陈静瑜说,“判断脑死亡的过程与移植医院没有任何关系。”

“的确,很多国家的器官移植实践证明,器官移植医师与脑死亡判断脱钩的做法对‘死者家属同意捐’有积极的影响。”翟晓梅解释说。

分配要透明公正

希望捐献透明,真正做到捐给急需的人,让生命延续……

在自愿捐献器官网站填写信息表达捐献意愿,只是整个捐献流程的初始环节。但在很大程度上影响这一初始环节的是潜在捐献者的长远顾虑:我的器官会捐给谁,谁来把关器官捐献的分配?

去年2月,中国器官分配与共享系统正式启用。系统设计了完善的评分体系,内置了大量参数,输入供体器官数据,系统会自动生成最合适的受体对象。

“这个系统中的信息应严格按照医学标准对患者疾病的严重程度进行排位,而这些排位必须有案可查。”翟晓梅认为,公平、公正、透明的分配制度,会激发很多人捐献的自愿性。

上海器官移植学会主任委员彭志海介绍,当地的肝脏分配就主要根据等待移植病人的病情严重程度以及地域就近原则,肾脏分配则要结合配型情况。“此外还设定了儿童优先、捐献者直系家属优先等原则,从而保证了器官分配的公平合理。”

而在搜狐网站“你愿意身后捐献自己的器官吗?”的网络调查中,886人支持“一次捐献也许可以拯救若干生命甚至扭转若干家庭的命运,是非常有意义的事情”。

但有1337名反对者认为:“中国的器官分配机制太乱,谁知道我的器官会不会成为权、钱的交易品?”但更多人表达了中立的观点,希望捐献透明,真正做到捐给急需的人,让生命延续……

“目前卫生体制仍存在某些方面的不公平性,这使得器官分配体系的公平性争论更为激烈和尖锐。”翟晓梅认为,这些都是需要在医疗事业发展中考虑的问题,“但要充分肯定的是,器官捐献平台的建立是整个捐献流程完善的开端,是一件利国利民的大好事!”

一位器官捐献协调员的心声

曹燕芳是浙江省红十字会一名专职的人体器官捐献协调员。两年前,她帮助一名因车祸而失去生命的16岁男孩完成了器官捐献,便和这个爱心家庭一直保持着联系。

作为人体器官协调员,曹燕芳的主要工作就是动员患者家属能够接受公民器官捐献的理念,在患者去世后把其器官捐献给有需要的病人,让其获得新生。然而,这份工作实际操作困难并非短短几行字能够描述清楚。

“沟通真的不是一件容易的事情,尤其是在那种整个家庭沉浸在悲伤、绝望、无助的情况下。”曹燕芳说。很多时候,他们收到的是家属不理解的眼神和委婉的拒绝。

患者符合器官捐献条件,再经过协调员对家属的动员,能成功实现捐献的只有1/3,而另外2/3的动员工作,往往被家属委婉拒绝。

“虽然我们很希望家属能够在悲痛中作出用患者的器官帮助到其他等待器官救命病人的决定,但从不强人所难,如果家属不愿意,我们尊重他们的决定。”曹燕芳说。

当然,一个专职协调员的工作并不仅仅是动员和劝说。因为在医疗系统做过培训或者宣传,每次出现潜在捐献者后,他们首先会接到信息员(一般是医院的医生等人)的电话,对方会告知潜在捐献者的基本情况。之后,协调员会联系由省级评估专家、患者救治医院所在地红十字会工作人员组成的一个工作团队赶赴现场。

到医院后,先由评估专家对潜在捐献者的病情进行评估,只有确定病人已经没有任何救治的希望,他们才会与家属进行下一步的沟通。

在征得全部家属同意后,红十字会工作人员

和协调员还需要搜集捐献者身份证明和家属关系证明,如果有知情同意权的亲属因各种原因无法到捐献地签字,他们还要赶到亲属所在地,以获得亲属对患者身故后器官捐献的知情同意书;涉及交通事故或者意外伤害的,还要联系相关部门。

搜集这些资料的同时,协调员还将协调评估专家团队,对病人的病情最后评估,认定无救治希望并符合捐献条件后,要找到主管医生搜集患者的病例资料。

“捐献过程中,我们还要见证捐献者在手术室的整个过程,监督捐献者的遗体处理是否符合伦理等要求。”曹燕芳说,“我们和捐献地红十字会还要联系殡仪馆为捐献者开通绿色通道,协助家属处理捐献者后事。”

事实上,除了保障器官捐献的顺利完成,协调员做得更多的是关心捐献者家庭,并站在捐献者家庭的角度,提供细心的帮助和服务。一位捐献者的妈妈见到女儿的遗体后几次哭晕过去,协调员一直陪在床边,为她准备助眠的药物;另一位捐献者的妻子晕车,去机场接她的时候,协调员提前准备好了晕车药;从外地赶来的家属,协调员会事无巨细地安排他们的生活,开导并安慰……

“这些都是小事,就是因为我们把捐献者的家属像亲人一样看待,才会发现他们的需求。捐献完成后我们还会及时告知家属受者的恢复情况。逢年过节,我们也会给这些爱心家庭打个电话,或者寄个贺卡,表示问候和感谢。”曹燕芳说,整个过程,其实都融入了一种人文关怀在里面。

(陶朵朵整理)

医评医论

3月19日,《中国科学报·医学周刊》的一篇文章《看病贵不仅是政策问题》认为,“看病贵”很大程度上源于医药科技的发展,“看病难”则源于民众的择医观。这是作者换了一个角度看问题得出的结论,虽然比较独特,但却有些奇怪。

文章认为,30年前,晚期肾衰竭患者平均存活不足10天,临床没有治疗手段,患者很快死亡,几乎不花钱;如今同样的病人可以用血液透析等先进科学手段,存活期超过5年,一年各种治疗费用需要近10万元。由此可见,看病贵源于医药科技的发展。

换言之,如果一位晚期肾衰竭患者不接受现代医药科技手段的治疗,不去花那些钱,那么“看病贵”就与他无关,否则就得接受这种“看病贵”,也不能责怪这种“看病贵”。如果花不起这个钱,无法接受这种“看病贵”,那么就得到30年前,接受“存活期不足10天”,很快走上死亡的残酷现实。

我们相信,任何人包括作者在内,都希望患者能够接受更好的治疗,享受现代医学科学技术给人类带来的便利,也都不希望医学科技倒退30年。这样,就给社会和公众带来一个几乎无解的方程:看病贵似乎是无可避免的。

看一个事物的贵与贱,并不完全在于价格多少。花几百元买一辆自行车,你未必觉得便宜,花十几万元买一辆汽车,你却未必觉得贵。关键在于是否物有所值,也在于人们的心理承受能力。

一位肾衰竭的病人,如果不治疗,可能不用花钱,体会不到看病贵,但他失去了最宝贵的生命;反之,如果接受治疗,可能要花较多的钱,但他保住了最大的财富。显然,前者是患者及其家属难以承受的,后者则是人们愿意接受的。人们不会吝惜那些价有所值的治病费用,而公众一再诟病的是本来可以花费较少就能够治好的病,却无端地花了更多的钱。一个感冒,有的医生开出十几元的处方,有的却动辄几百元甚至上千元。像这样的贵才是真正的看病贵。

基于“看病贵源于科技,看病难源于择医”的看法,作者忽略了对改善“政府投入不足、医疗资源分配不均”等解决看病贵“老生常谈”的政策措施。

然而,正是这些“老生常谈”,才是缓解看病贵、看病难矛盾的关键所在:政府加大投入,健全医疗补偿机制,医院不再为创收发愁,各种不合理的高收费得到有效抑制;提高基层医疗卫生水平,改善医疗资源配置不均,谁还会舍近求远非到大医院不可?将看病难归因于民众的择医观,显然只是知其然而不知其所以然。病人一窝蜂似地涌向大医院,只是加剧了看病难的程度,但绝非根本原因所在,根本原因是国家医疗卫生资源不足与人民群众日益增长的医疗卫生服务需求的矛盾。解决的根本方法是增加卫生投入,优化卫生资源,而不是去抑制人民群众日益增长的医疗卫生需求。

看病贵的原因很多,如扭曲的机制所造成的“创收医疗”、过度医疗、以药养医、药品流通环节的层层加码所造成的药价虚高等。所有这些乱象,有体制机制问题,有医德医风问题,有医疗管理问题,解决看病贵应从这些方面有针对性地进行整治。

医药科技并无原罪,但是对于具有严重的科学主义和技术至上思想的人来说,却可能因医药科技的滥用而提高医疗成本,加重病人负担。一般的上呼吸道感染病人,通过望闻问切,视触听叩等物理检查已能准确判断,最多做个胸透,已经足够,但有的医生为了“预防万一”,却给病人开出了CT检查单,医疗费用大大增加。

更有甚者,还利用高科技检查和治病之名,行过度医疗谋取私利之实。这些现象的发生责任不在医药科技,而是支配和使用医药科技的人。医药科技是一把双刃剑,它必须得到合理而有效的控制。教育引导医务人员正确使用医药科技手段为患者服务,这就是医学人文。科学求真,人文求善。对医药科技的正确态度是让医学人文把关,引领医药科技朝着正确的方向发展,使之更好地践行其求真的本质,而不是将看病贵的账强行算到它的头上。

看病贵岂能怪罪科技

■林新宏

悦图

孟旭(右)主任从事心血管外科工作20余年,独立进行手术近万例,每年都在800例以上。2008年获得中国医师协会颁发的全国优秀心外科医师“金刀奖”。



齐心协力

北京安贞医院心脏外科九病区是安贞医院建院时成立的第一个心外科病房,在孟旭主任的带领下不断发展,现拥有床位50张,年手术量1000台。

其专业服务的范围涵盖了所有的心脏外科疾病,如心脏瓣膜病、冠心病、先天性心脏病、大血管疾病、心脏肿瘤及终末期心脏病等。

图为孟旭为团队成员进行手术演示。(朱铨摄)

