

· 述评 ·

现实与梦想同行

沈中阳 (天津市第一中心医院器官移植中心, 天津 300192)

中国临床肝移植发展历史是一段漫长而艰辛的历程。1977年至1983年间,是中国肝脏移植的第一个高潮,落后于1963年世界上完成第一例人体肝移植近20年。其间,我国共完成57例肝移植手术,最长生存期仅264天。这个结果重重地击碎了“让临床肝移植技术成为挽救我国肝病患者生命常规手段”的梦想,中国肝移植的发展也至此戛然而止。

1994年5月10日是中国肝移植发展史上一个继往开来的日子,一名良性肝病受者在这一天肝移植成功,就此打破了中国临床肝移植长达十年的“寂静”。那些等待肝移植技术救命的患者们和怀揣仁心的医生们,终于迎来了我国临床肝移植发展的第二个高潮。我们逐步克服了手术技术、术后乙肝复发等困难,梦想之光终于照进“现实”。1993年至2006年间,我国实施的临床肝移植数量逐年增长,总数迅速突破万例。我国成了世界上仅次于美国的第二个肝移植大国。

医学越是进步,器官移植的需求越大,可用器官短缺已经成为器官移植界的世界性难题。仅就器官捐献而言,活体器官捐献虽然是拓宽供体来源的方式之一,但出于完全无害的伦理学角度的考虑,在世界范围内,活体供肝移植均被限制在一个严格的范围内。世界卫生组织(WHO)在其颁布的有关人体细胞、组织和器官移植指导原则中明确规定了活体捐献的基本条件^[1]。概括为:①活体供者与受者间应存在遗传或法定关系,以确保捐献是出于对受者真正的动机;②供者除需要自愿同意外,需要供者有法律资格和能力理解其捐献行为可能存在的风险和益处;③医生不仅需要将捐献行为的可能后果,以活体供者可以理解的方式完整地告知

供者,并获得其知情同意外,还需要确保对供者实行更为谨慎的选择标准,并提供专业的医疗护理和后续随访。虽然WHO的指导意见中,要求死者的捐献应显现出其最大的治疗潜力,而对于活体捐献主要强调其符合法律和伦理。但从事器官移植的医生们必须谨记,保证受者的获益在活体供肝移植中,也是对捐献行为的伦理尊重与保障。

公民身后器官捐献在我国还是新生事物,但在中国红十字会和相关部门的推动下得以快速发展。关于公民身后器官捐献的国际通用捐献形式大致有三种:①供者生前表达捐献意愿,志愿捐献;②供者生前未表达捐献或不捐献的意愿,身后征得家属同意而捐献;③医生向家属表达希望其同意捐献的请求,征得许可后达成捐献。无论是“志愿捐献”还是“推测”或“接受请求而同意捐献”,总之,获得同意是对死者进行以获取器官为目的的所有医学干预措施的伦理基石。

在技术层面上,包括从脑死亡供者和无心跳供者身上获取组织或器官用于移植。目前国际上多采用Maastricht心脏死亡器官捐献(DCD)标准^[2],该标准将DCD分为五大类情形。Maastricht分类标准是在特定的法律、伦理和民族文化基础上,以及在可行的医疗技术、组织结构和效率的前提下确定的,有着广泛的认可度和可操作性。虽然M-III在“坚持与放弃”之间的医学及伦理学争论一直没有停止过,但自2000年以来,美国DCD供体捐献增加了5倍。

“中国心脏死亡器官分类标准”将死亡捐献供体分为三类:脑死亡(C-I),心死亡(C-II),心脑双死(C-III)^[2]。其中C-III是在我国目前关于脑死亡的法律支持框架缺位的特定情况下,在充分尊重当今中国的社会文化现实和中国现有医疗技

术与组织结构的基础上,最大限度增加供体捐献的可行性创新之举。在我国器官捐献的实践中,符合C-Ⅲ标准的捐献器官占到捐献器官总量的40%以上就是最好的说明。

中国是世界乙型肝炎高发地区,是肝病大国。纵观中国器官移植的发展,是巨大的临床需求和广大医务工作者的努力,促成了中国肝移植的快速发展阶段。而器官短缺几乎成为了我国器官移植现阶段发展的“瓶颈”。如何找到解决器官短缺的有效途径,不仅仅是一个科学和技术领域的问题,它也广泛涉及到社会、文化和传统观念等多个方面。解决这个难题的力量也不再恍若二十年前,仅靠移植医生和科学家们单打独斗了,而是有全社会的资源、力量、爱心和信心参与其中。

自2006年7月我国《人体器官移植技术临床应用管理规定》^[3]颁发,到后续的器官移植临床技术准入制度、亲体器官移植管理,清晰标注出中国的器官移植迈向法制化的每个前进的脚步。2012年7月国家正式设立了“中国人体器官捐献

管理中心”,对公民身后器官捐献以及人体器官分配和共享原则等方面给予明确规定和指导。更向世界展示出我国器官移植事业发展从临床技术崛起向文明和法制管理的飞跃。

梦想是心灵的思想,是我们前进的动力。必须看到,在我们今天生活的世界上,医学技术日新月异,医学模式随社会认知变化而转变。作为医学科学工作者,或许我们仍应该在如何界定并提高捐献供体的活力、如何更好地匹配供受体、如何更好改进技术以提高受者移植效果等方面不懈努力;但我们更应该对人类社会进步充满信心和希望。正如歌德所言:任何理论都是灰色的,而生命之树常青。

参考文献

- [1] 世界卫生组织.世界卫生组织人体细胞、组织和器官移植指导原则[J/CD].实用器官移植电子杂志,2013,1(5):260-264.
- [2] 中华医学会器官移植学分会.中国心脏死亡器官捐献工作指南(第2版)[J/CD].实用器官移植电子杂志,2013,1(1):9-12.
- [3] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.人体器官移植条例[J/CD].实用器官移植电子杂志,2013,1(1):4-7.

(收稿日期:2013-12-23)

沈中阳.现实与梦想同行[J/CD].实用器官移植电子杂志,2014,2(1):7-8.

· 国外医学之窗 ·

筛选院前心脏骤停的心脏死亡捐献器官 进行肝移植可扩大供体池

心脏死亡器官捐献(DCD)供肝的热缺血时间可影响肝移植的预后转归。器官捐献前出现院前心脏骤停(PHCA)可进一步加重缺血性损伤。来自英国伯明翰的一项单中心研究回顾了2007年1月至2011年10月连续108例DCD肝移植患者,比较PHCA与非PHCA两组患者接受肝移植术的预后。该中心对PHCA供肝捐献的标准为转氨酶峰值 ≤ 4 倍正常值且在捐献前6~12小时肝功能指标升高。108例DCD肝移植患者中26例为PHCA,82例为非PHCA。比较两组肝移植术后的短期效果发现PHCA组急性肾损伤的发生率较低(5/26比38/82, $P=0.01$),两组的远期效果相当,移植物及受者的存活率无显著差异。上述研究结果提示,严格筛选发生PHCA的DCD供肝,转氨酶 ≤ 4 倍正常值可以获得良好的移植效果并扩大供体池。

郑卫萍,编译自《Liver Transpl》,2014,20(1):63-71

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142867>