台灣腎臟移植現況之困境及其解決方法

文/李伯璋

成大醫學院附設醫院外科

前　言

民國68年，跟隨恩師李俊仁教授，哥哥李伯皇教授開始學習腎臟移植。還記得當時一名國小女老師，因尿毒症而有神經病變，兩腳無力、聽力又受損，她躺在病床時，我心裡真的懷疑她爸爸要捐腎給女兒的手術是否有意義？腎移植手術後，女老師居然能重新站起來，走路回小學教書。雖然聽力未能回復正常，她學會唇語後，也可以和學生溝通！一轉眼，已過30年頭，我始終相信『移植醫學的精髓是充滿愛心、倫理的信念，真正關心病人的公益醫療模式』。

台灣開始腎移植的40年來，我們常在電視新聞媒體看到台灣有能力執行各種器官移植手術，很好的醫療水準照顧術後病人，也有很好的長期存活率；可是我們撫心自問，我們醫界同仁在乎有多少等不到肝、心、肺移植機會的病人就走了？台灣洗腎病人等待腦死器官捐贈的移植機會須要30年？尿毒症病人須耗用12%的健保資源？國內等待移植機會的病人是醫療弱勢族群，病人與家屬只有折磨與無奈，本文提供資訊讓醫界同仁們思考台灣器官移植的問題在那裡。

移植醫學可以由醫療、法律與倫理各層面來深入探討，一般社會大眾對疾病的認知與瞭解有其限制，大家表示的意見與看法是否務實？政府、醫界與社會應該要認識移植醫學，肯定它拯救垂危生命與改善生活品質的價值，才能全力支持移植醫學。「國情風俗使身後器官捐贈困難……」一句話是可以把台灣移植問題拋的遠遠，但是後續問題一直浮現，唯有讓醫界以病人利益為中心的前提做全方位思考，才能循序找出具體可落實的政策與制度來解決困難與節約健保資源。

大病小病的痛完全看每位病人自己的感受，每位醫師對生、老、病、死的感動也是有不同反應。很多病人的死亡是不可避免，但是，確實有部份肝、心、肺衰竭的病人是可以藉由器官移植而脫離死門關。只是這等待移植機會的時間很短暫，這必須仰賴醫界與社會營造腦死器官捐贈的移植機會。腎衰竭的尿毒症病人因為有洗腎治療，不會有立即死亡的危險，再加上醫療利益影響下，雖然有那麼多洗腎病人，可是台灣腎臟移植一直無法蓬勃發展。行醫31年來，我始終認為腎臟移植是器官移植的火車頭，它的價值若能先被醫界與病人確認後，除了活體器官捐贈，大家才會用心思考如何增加腦死捐贈的移植器官。當有更多腦死捐贈的移植器官出現後，才能幫助需要心、肝、肺移植的病人重生機會。目前醫療生態下，只一味強調腦死器官捐贈救人是很高尚情操，應該是與社會的健康大眾距離很遙遠。我們希望由病人的角度與整體醫療經濟效益考量做說明，建立對腎移植價值與意義的共識，唯有由內心認同與支持，大家才願意共同協助政府積極尋找有效策略來推動器官捐贈。

建立腎移植價值與意義的共識

1.由病人角度

首先，一定要讓尿毒症病人及家屬知道世界和台灣腎臟移植與洗腎的成績結果。當很多病人自己有期盼得到腎移植機會時，也知道台灣移植機會是如此不可期待，他們要有聲音讓政府與社會聽見，如此才能透過衛生署建立制度，立法院支持政策來改善移植環境。

有些洗腎病人或家屬常聽說腎臟移植是很危險，洗腎很安全，洗腎好像不會死。假如每位尿毒症病人都覺得不需要腎移植，只要洗腎，那還能期待不相關的「政府、社會」來改善移植環境？醫師給病人進行腎臟移植手術，就是要使尿毒症病人活的更好、更久。假如換腎是有那麼多不良後果，術後長期門診追蹤還要常常見到病人與家屬，豈不被罵死？台灣這些移植醫師們當然早早就放棄這治療模式，不會如此堅持推動腎臟移植。

有位腎臟科前輩告訴我「假如病人知道長期洗腎的存活率，他們可能會害怕…」，1999年時，全世界最具影響力的新英格蘭醫學雜誌，分析美國228,522名病人的資料，就指出洗腎病人1年的死亡率16.1%，身體情況適合換腎的病人為6.3%，換腎病人則為3.8%。我們常在報紙新聞知道有些洗腎病人活得很久，沒錯，該研究就指出0-19歲的洗腎病人生存餘命（projected life）可以有26年；但是換腎病人呢？有39年的生存餘命。20-39歲的洗腎病人有14年，換腎病人為31年；40-59歲的洗腎病人為11年，換腎病人為22年；60-74歲的洗腎病人為6年，換腎病人為10年。無論那個年齡層，科學數據都顯示換腎的好處與優勢。平均而言，洗腎病人的生存餘命平均約為10年，而換

腎病人的預期生命則為20年。這些實證醫學的科學數據就是病人要知道的醫療真相，也是歐美政府站在病人健康生命的角度，全力推動器官捐贈。

那國內腎臟移植成績如何？去年八月，台灣移植醫學學會在國內27家移植醫院的移植醫師支持配合下，大家將國內由1999年至2008年的4242名曾接受腎臟移植手術的病人資料提報分析。其中2133名病人是在境外接受移植，2109名病人是在國內接受移植（其中518名病人接受親人活體捐贈，1591名病人接受屍體捐贈）。到境外移植是政府要真正自我檢討的另外課題，針對在台灣接受移植的病人的統計分析，病人存活率而言（指病人接受腎移植手術後是否存活）：親人活體捐贈，國內5年病人存活率是94%（美國是90%）；屍體捐贈，國內5年病人存活率是92%（美國是81%）。移植腎存活率（指病人接受腎移植手術後，移植腎是否仍有功能）：親人活體捐贈，國內5年移植腎存活率是87%（美國是80%）；屍體捐贈，國內5年移植腎存活率是83%（美國是67%），10年是61%（美國是44%）。這些資料顯示台灣移植醫師的成熟度與經驗是值得肯定，我以為健保制度給病人定期門診追蹤居功甚大，病人只要有服藥順從性，都能得到腎移植的價值。我們洗腎醫護人員的努力與健保支持下，我們的洗腎成績的確比歐美好，台灣整體洗腎病人1年的死亡率是11.8%。台灣所有洗腎病人的存活率因涵蓋老年人或其他重病病人，使成績受到影響，5年存活率是56%，10年是35%，這成績是比美國人好，但是無論怎麼校正，台灣腎臟移植5年病人存活率是94%、5年移植腎存活率是83%及生活品質大幅改善是必須被肯定接受。

2.由政府與醫界角度

民國97年台灣洗腎人口56000人，佔加保人口（2.43/1000），可是97年的門診洗腎費用已高達330億，佔健保費用4400億的7.5% ，很多狀況不好的病人需要時常因其它他病況（如心臟病、肺炎、血液透析血管阻塞、腹膜透析感染）必須住院治療，這些住院治療的醫療費用（含住院洗腎費用）就分散至各次專科，與病人的門診洗腎專款無關，醫界比較容易忽略其對健保財務的負擔，所以有將近11%的健保總額費用被使用在尿毒症病人的醫療費用與不得不用的醫療耗材，而且，這只能治標性的維持這些尿毒症病人活下去，無法使病人真正痊癒。97年3月，健保局已統計過一名尿毒症洗腎病人1年要花65萬元，一名換腎病人術後1年的抗排斥醫藥費用則為11萬元，這些財務資料卻從不被健保專家公開檢視討論。這些尿毒症病人洗腎越久，成為其他疾病共病症（comorbidity）住院治療必然越多，相互影響而使用的健保費就越多，必然擠壓有限的醫療資源。歐美已開發的國家都已經精算過尿毒症病人治療成本與效益，他們知道必須動用國家資源，務實面對這要花錢的慢性病疾病，台灣一直陷入我們的洗腎成績比歐美好的迷思，不曾去碰觸洗腎的醫療費用與換腎的意義與價值，所以台灣尿毒症病人的洗腎治療與腎移植變成互不相干？目前健保以診斷關係群（DRG）做定額給付的制度下，這些尿毒症病人因其他疾病住院時，急診或住院洗腎費用的支出，在財團法人醫療體系的薪資結構，論病例計酬下的洗腎費用負擔的紛爭，可能會浮現於各次專科的互動中，所以醫界考慮病人最大福祉外，就醫療資源善用的考量，支持腎臟移植應該是刻不容緩的工作。

衛生署與健保局必須正視台灣境外移植病人數的問題，在台灣等不到腎移植機會。過去10年，有半數的腎移植病人是去境外接受腎移植，無形中也減少健保財務負擔。中國已承諾要改革大陸死刑犯器官捐贈的弊端，國人境外接受移植病人數也已明顯減少。目前，高血壓、糖尿病與高血脂的病人持續增加下，可預期台灣尿毒症病人也必然會逐年增加，再不改善台灣腎臟移植環境，健保財務壓力是不可承受的更重。

就醫學倫理而言，我們當然尊重病人自主權，但是沒理由讓病人與家屬沒概念的害怕腎臟移植的風險，降低自己的生活品質，也使整個家庭多少也受到拖累。雖然大部份尿毒症病人都有殘廢給付、殘障津貼與重大傷病卡來減輕經濟負擔，台灣腎臟醫學會的研究報告指出台灣的洗腎病人中，有全職工作是10.9%（私人公司老闆願意聘用一周請假三天的員工？）；相對而言、大多數穩定的換腎病人都有工作能力。我們相信尿毒症病人有再多的社會福利，他們更希望擁有健康身體與發揮自己能力從事職場工作，這些整體的考量，在國內一直有意被忽略。

因為器官移植涵蓋的範圍很廣，由移植器官來源的取得、外科手術技巧、手術後免疫抑制劑使用等，很多環節都不是外科醫師個人能力可以獨自完成。腎

臟移植的手術技巧並不是那麼困難學習，醫界同仁都有各自專科領域，隔行如隔山，很難想像移植手術的進行要同時動員外科團隊執行手術，神經外科判定腦死，社工師與移植協調師安排檢察官、警員與法醫進行司法相驗，臨床病理檢驗確認是否不會排斥等。這些前段工作是需要醫院制度全力支持配合，國內腎臟移植的運作一直仰賴各移植團隊成員們的理念與成就來付出，現實環境不理想下，對一般外科醫師或泌尿科醫師而言，腎臟移植是冷門醫學，根本很難吸引年輕住院醫師的興趣，不易培養執行腎臟移植的外科醫師，這應該算是人材延攬困難科。所以到底沒器官捐贈來源或是沒有腎移植外科醫師去協助移植作業是值得衛生署深入省思，用心建立合理制度，讓醫界感受到推動腎臟移植是政府重視的醫療政策。相對而言，腎臟內科一直是很熱門的內科次專科，醫師照顧尿毒症病人，除了血液透析與腹膜透析外，假如能積極參與照顧腎移植病人，給予尿毒症病人完整的治療，就更可以感受到病人生命重生的成就感。腎臟移植的現實問題不是少數外科醫師的責任，這些制度面問題與情況必須由有權力的主管，由制高點思考與整合。檯面上討論藥價黑洞、醫療檢驗浪費等，是可以減少所謂看得到的不合理醫療支出，醫界更必須正視洗腎這水龍頭的持續打開下，醫療費用的無窮支出，會永遠是我們共享健保資源的痛與無奈。

結 語

假如腎臟移植假如是很不好的醫療方式，它應該早就被淘汰，但在歐美國家，半數的洗腎病人都去登記等待換腎，政府也盡全力推動器官捐贈，所以平均3年就可以得到腎移植機會，日本與韓國則努力發展活體腎臟移植，在台灣，換腎好像不成功就成仁。不容易等到屍體捐贈的腎臟移植機會是事實，台灣56,000名洗腎病人，只有5,600名（1/10）病人登記換腎，卻還須要等待30年才有機會得到腎移植機會，這情況是有很大的討論與改善空間。今年4月6日上午，感謝衛生署楊志良署長、醫事處石崇良處長願意與筆者討論如何改善移植環境，本文是想透過科學資料數據讓醫界同仁瞭解台灣腎臟移植現況，大家在各次專科協助給病人明白腎臟移植的價值，鼓勵「有想要接受腎移植的病人與家屬」幫忙寫信給有魄力有權利的馬總統，行政院吳敦義院長，立法院王金平院長，衛生署楊志良署長及選區的立法委員，勇敢告訴政府「他們的苦,他們的需求」，每位病人的人生故事都不同，相信他們必然能感動。「民之所欲 常在我心」，若政府因此肯用心深入瞭解並介入協助建立制度，台灣移植醫學的困境才有機會真正突破！期盼我們的努力，能給器官衰竭的病人與痛苦的家庭帶來重生的機會，也協助健保財務脫離困境。

參考資料

1. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, et al.: Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation and recipients of a first cadaveric transplant. N Engl J Med 1999;341:1725-1730.
2. Huang CC：Taiwan renal registry-2005 annual data report. Acta Nephrologica 2008;22:215-228.
3. Huang CC, Cheng KF, Wu HI,et al.: Comparing peritoneal dialysis and hemodialysis in Taiwan. Perit Dial Int 2008;28:s15-s20.
4. 李伯璋：台灣腎臟移植10年存活率，台灣移植醫學學會研究報告。