

①

出國報告（出國類別：考察）

②

## 2016海峽兩岸腎病及風濕免疫醫學交流論壇

③

服務機關：臺北榮民總醫院

姓名職稱：陳明翰 主治醫師

派赴國家：大陸

出國期間：民國105年9月2日到民國105年9月5日

報告日期：民國105年9月9日

## 摘要

這次有幸參加由本院李建賢 前副院長及吉林大學所主辦的「2016海峽兩岸腎病及風濕免疫醫學交流論壇」，地點在大陸地區吉林省長春市吉林大學白求恩第一醫院，於民國105年9月3日早上8點開始，在風濕免疫會議中，由我方主講「用超聲波來診斷與評估修格蘭氏症候群」，

「Pulmonary involvement in primary Sjögren's syndrome in Taiwan」兩個主題，吉林大學白求恩第一醫院兩位風濕免疫科醫師則主講「IgG4相關疾病」，「抗磷脂抗體症候群」。會議當中的討論相當熱烈。下午參觀醫院並分享兩岸醫療制度之差異。吉林大學白求恩第一醫院為大陸東北的三甲醫院，床位超過6000床，規模龐大，最近發展迅速，得到大陸地區醫院評鑑第29名，為東北三省唯一進入前30名的醫學中心。大陸雖然醫療技術發展較晚，但有著人力與經濟的優勢，已經開始急起直追，我們必須認清自己的優缺點，強化優勢，彌補不足之處，才能在未來站穩亞洲醫學先進中心的位置。

關鍵字：兩岸，風濕免疫科，腎臟科

## 目次

### 一、目的

這次本科風濕免疫科有榮幸獲得李建賢 前副院長邀請，於民國105年9月3日參與吉林大學所主辦「2016海峽兩岸腎病及風濕免疫醫學交流論壇」，目的是加強兩岸的臨床與學術的交流，經蔡長佑主任推薦，本人有幸參加這次的兩岸盛事。

### 二、過程

民國105年9月3日早上8點由飯店出發，前往吉林大學白求恩第一醫院，此醫院為大陸東北的三甲醫院，床位超過6000床，規模龐大，最近發展迅速，得到大陸地區醫院評鑑第29名，為東北三省唯一進入前30名的醫學中心。

### 附圖

在8點30分，由李建賢 前副院長和吉林大學白求恩第一醫院華樹成院長致詞，介紹主要團隊與演講者。雙方交談甚歡，李建賢 前副院長提及這

是兩院第13次的交流，並帶來很多合作的計畫，尤其在一般外科關於甲狀腺，副甲狀腺的領域，以及生殖醫學方面，都有實質的進展，期許這次腎臟科及風濕免疫科也能有合作，互相學習的空間。

接著在9點30分分別進行會議，在風濕免疫會議中，由曹彥博醫師開始演講「用超聲波來診斷與評估修格蘭氏症候群」。主要內容為(1)近年來超音波設備的精進，使得這種非侵犯性的檢查可以拓展到修格蘭氏症候群患者的唾液腺的偵測上。(2)現在並沒有評估唾液腺受到影響的嚴重性的統一標準，如何使用這種方法來判定患者的嚴重度，甚至能預估病人的預後與否，都尚待更多的研究來證實。(3)曹醫師最後介紹自己目前的研究結果，得到了修格蘭氏症候群患者的唾液腺超音波結果可以和病人的臨床表現相關的結果，並在今年歐洲風濕病學會的發表時得到許多歐美專家的認可與讚美。我表示修格蘭氏症候群患者的唾液腺變化往往在有明顯症狀時就開始，在求診時其實超音波檢查已經發現晚期不可逆的表現，失去及早治療的契機，這是本科醫師面對此疾病的困境，如何從衛教方面提昇一般民眾對此病的認識，達到及早發現，及早治療的目標，是我們以後所必須面對的課題。吉林大學白求恩第一醫院風濕免疫科姜振宇主任發言表示他們的超音波主要還是以骨關節超音波

為主，並還沒有發展到這部份，並且他們是請放射科醫師來操作，這位放射科醫師並沒有風濕免疫科相關的背景，所以短期要將研究領域擴展到超音波是有點難度的，期許他們主治醫師，博士學生要和台灣專家學習。

接著由吉林大學白求恩第一醫院風濕免疫科張彥東醫師主講「IgG4 相關疾病」，我發現對岸的醫學教育完全中文化，不管是疾病名稱，藥名，都是中文，連slide的內容也是中文，初看有點不習慣。張醫師的主要內容為：(1) 過去一些少見無法歸類的疾病後來都發現和IgG4有關，如Mikulicz's syndrome,, Kuttner's tumor, inflammatory pseudotumor，腹膜後纖維化等。病人比較常有autoimmune pancreatitis（日本為多），淚腺和唾液腺的侵犯。其他還有膽囊、膽管、淚腺、後腹腔、腎、肺、淋巴結、甲狀腺的侵犯。IgG4 related disease診斷相對困難，只有60%-80%的病患其血清中的IgG4指數會升高(>135 mg/ dL)。而且部分患者ANA及類風濕因子(RF)也可出現異常，造成臨床診斷極大的挑戰。(2) 治療還是以類固醇為主，若病人對於類固醇反應不佳，或是無法慢慢減低類固醇劑量時，可考慮使用Azathioprine或Mycophenolate mofetil。在反覆復發的病人身上則可以考慮使用Rituximab。很可惜張大夫並沒有

將有趣的病例和我們分享，且由於張大夫對疾病機轉與IgG4的特色並無提及，所以我的評論以介紹IgG4獨特的結構開始，介紹IgG4只佔了所有IgG <5%. Although the constant domains of IgG4 heavy chains share more than 95% homology with those of other IgG subclasses, amino acid differences within the second constant domain lead to weak or negligible binding of IgG4 to both C1q and Fcγ receptors. 正常的IgG的heavy chain為interchain disulfide bonds, 但IgG4變成intrachain disulfide bonds; 所以理論上 IgG4 does not activate the classical complement pathway effectively and has been traditionally considered to play only a limited role in immune activation。最後，我提醒聽眾，至今IgG4是over-production來抑制發炎，或是IgG4本身主導tissue-destruction還不清楚，這可以是未來大家研究的新方向。

接下來我主講了「Pulmonary involvement in primary Sjögren's syndrome in Taiwan」，主要內容為：(1) 什麼是Sjögren's syndrome？包含了診斷的標準，常被誤診的情況，以及病理機轉，primary與secondary Sjögren's syndrome在病理的特色的不同。(2) Sjögren's syndrome的腺體外侵犯有哪些，以及Sjögren's syndrome患者一旦出現腺體外侵犯，對

survival有很大的影響。(3)在眾多腺體外侵犯中，肺部侵犯常被忽視，原因是高達75%有肺部侵犯的患者在初期並沒有咳嗽，呼吸喘等症狀，但若有嚴重肺功能缺損，電腦斷層中判讀到所影響的範圍越大，都是不好的預後因子，並提出自己在分析台北榮民總醫院病例的結果予以證實（已發表在SCI期刊）。(4)目前Sjögren's syndrome並沒有根治的方法，在肺部侵犯更是沒有evidence base 的治療建議，我發表本院使用rituximab治療Sjögren's syndrome with interstitial lung disease的結果（已被今年SCI期刊所接受），發現使用這種anti-CD20 Monoclonal antibody，可以改善患者fatigue, pain, dryness of eye, dryness of mouth, shortness of breath, cough, pulmonary function test，以及整體的活性（ESSDAI，ESIPRI score）。可惜的是，在肺部電腦斷層上個人間的差異頗大，並不是對所有人都有顯著的進步，這可能和施打的時機點有關，若在晚期，已經發生不可逆的纖維化時使用，自然沒有效果。吉林大學白求恩第一醫院風濕免疫科姜振宇主任發言表示他們並沒有固定檢查追蹤Sjögren's syndrome患者肺部功能的習慣，對這領域通常轉診至胸腔內科，也沒有在這些難治病使用rituximab的經驗，希望未來我們這些台灣專家能給予指導，並期許他們科內同仁能儘量將自己的病人留下來，接受更精準的照顧。

最後，由吉林大學白求恩第一醫院風濕免疫科石曉東醫師演講「抗磷脂抗體症候群」，石醫師主要是將抗磷脂抗體症候群做個review，提及這個疾病的機轉，表現，與治療。可惜的是並沒有華人，或是自己的研究結果。我評論此病在懷孕婦女是非常棘手的，病人常面臨流產，胎兒早死的風險，小心使用抗凝血劑並密集監測胎兒狀況是不二法門。

中午在醫院員工餐廳享用大合菜，並和吉林大學白求恩第一醫院腎臟科孫珉丹副主任交流意見，我發現兩岸處理lupus nephritis的不同，孫醫師表示他們所使用的劑量與頻次不以歐美為標準，而是依據病人的反應來調低劑量與減少頻次，這和我們台灣以美國NIH guideline為中心的作法有很大的差異。

下午1點30分開始參觀吉林大學白求恩第一醫院，風濕免疫科共有49張床，大多為3人一間，一個人一天收24塊人民幣，房間相當大，但擺設與床鋪皆為簡單形式，比較沒有隱私。也有單人間，一天100塊人民幣，有兩張床，一張為病人，一張給陪伴的家屬睡。他們主治醫師編制13人，還有住院醫師十餘人，每兩個月換一輪。主治醫師每人每週兩節，一節的病人人數為30~40人。本院風濕科病床也為49張床，編制為主治醫師6人，住院醫師4~5位，門診一診人數為40~250人，門診的節數與病人比起他們多出相當多，臨床上比他們負擔較重。參觀期間針對風



濕免疫科特有的生物製劑有所討論，姜振宇主任表示患者能享受的醫療條件與自身的職業和居住地有關，分市級保險，省級保險，與農保。針對類風濕性關節炎的患者，只有市級保險的患者可以免費使用他們國產的etanercept，其他的生物製劑民眾都要自費。所以常讓病人面臨類風濕性關節炎的活性尚未達到remission或low disease activity，就被迫減藥或停藥的狀況，這是因為自費的生物製劑負擔太重（大約一個月要台幣70萬），病人常被迫使用三個月就必須考慮減量，這種尚未達到guideline要求的remission或low disease activity超過六個月的要求，讓疾病很容易復發。也因為不符合國際醫療常規，大陸關於生物製劑的減量效果的數據難被歐美所承認，造成投稿的困難。相對的，我們台灣嚴重難治性的類風濕性關節炎的患者可以得到健保全額的生物製劑的給付，且長達兩年以上，相當幸運，而且他們病情的控制顯然比對岸好得多，也能有較好的預後，較佳的生活品質，能保有工作與日常生活的能力，不但不會對社會與國家造成負擔，還能有所貢獻。

最後，姜振宇主任表示之前到過台灣，參訪過台北榮民總醫院，台中中山醫院，花蓮慈濟醫院，對我們的醫療深感興趣。希望能與我們有更密切聯繫，更緊密的交流，可以互相邀請，讓年輕醫師到我方參觀觀摩，激發學習與研究的動力。

## 一.心得

大陸經濟起飛，雖然醫療技術發展較晚，但有著人力與經濟的優勢，已經開始急起直追，現在對各個疾病的了解與治療精細度與我們稍有差距，但我預估在未來十年內，應該會達到和台灣一樣的水準，我們必須認清自己的優缺點，強化優勢，彌補不足之處，才能在未來站穩亞洲醫學先進中心的位置。

## 四、建議事項

1. 台灣必須增加與對岸的交流，互相學習，並增進了解，為此我們風濕免疫科會檢討邀請對岸醫師來參訪或短期進修的可能性。
2. 由於兩岸同屬華人種族，其疾病特性表現可能和西方白人有所差異，故我們可以和吉林大學在臨床及基礎研究尋求合作，結合雙方優勢，以取得重要的研究成果。同時，也可以依此考慮申請國際合作相關的研究計畫，獲得更多資源，以提高本院研究的水準。

附錄



吉林大學白求恩第一醫院外觀



吉林大學白求恩第一醫院內觀寬敞明亮

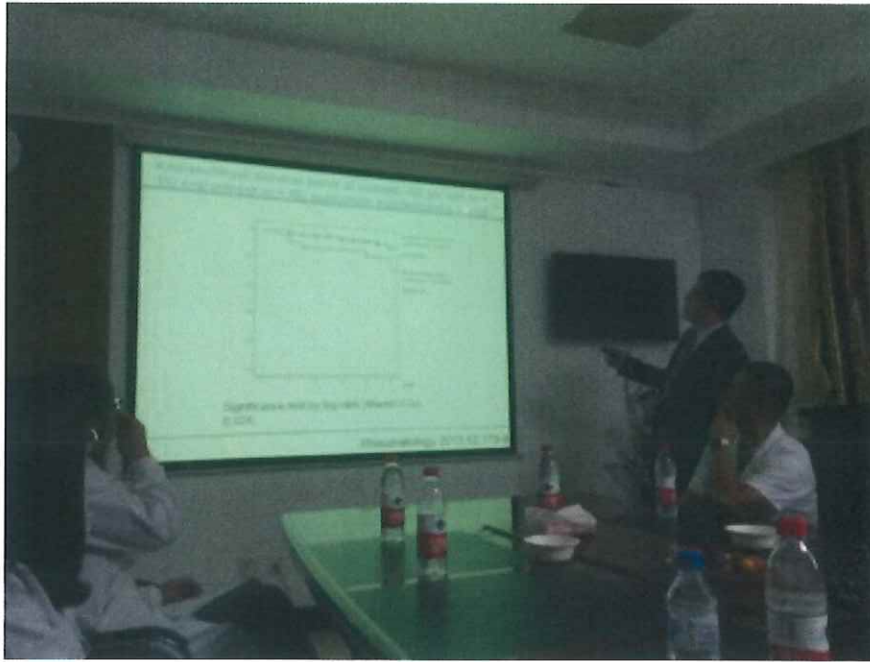




吉林大學白求恩第一醫院華樹成院長主持會議



曹彥博醫師演講「用超聲波來診斷與評估修格蘭氏症候群」



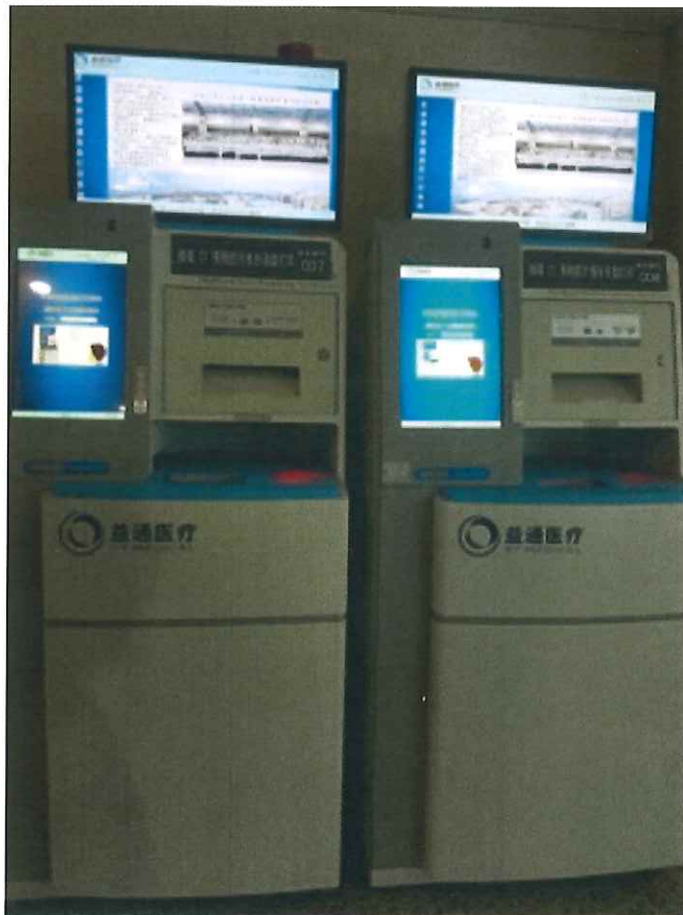
我主講「Pulmonary involvement in primary Sjögren's syndrome in Taiwan」



在吉林大學白求恩第一醫院員工餐廳用餐，為了衛生，所有醫護人員被要求脫下醫師袍。



參觀過敏免疫風濕科病房，護理站非常寬敞



設有自助式拷貝影像光碟的機器，方便且節省人力，值得我院借鏡