

出國報告（出國類別：短期進修）

日本九州大學附設醫院
短期進修葡萄膜炎疾病

服務機關：台北榮民總醫院
姓名職稱：趙育箴 醫師
派赴國家/地區：日本 福岡市
出國期間：108/12/2 至 108/12/27
報告日期：109/1/29

摘要

日本九州大學附設醫院為日本葡萄膜炎治療重鎮，患者眾多，診斷及治療方法先進，其眼科部門的 Sonoda 教授為眼科葡萄膜炎領域中最負有盛名的學者之一，亦是目前日本眼炎症學會的理事長。本次進修主要目的為研習有關眼科葡萄膜炎的領域，這一個月的進修內容主要為參與門診、病房、刀房、及實驗室，其中亦參與第 58 屆日本網膜硝子體學會總會合併第 4 屆的台日視網膜聯合會議。希望透過這次進修，從中學習葡萄膜炎新知，進而回國嘉惠台灣的病患。

關鍵字：葡萄膜炎、眼炎症、九州大學

目次

一、目的	P2
二、過程	P2
三、心得	P4
四、建議	P5

一、 目的

日本九州大學附設醫院為日本葡萄膜炎治療重鎮，患者眾多，診斷及治療方法先進，其眼科部門的 Sonoda 教授為眼科葡萄膜炎領域中最負有盛名的學者之一，亦是目前日本眼炎症學會的理事長。本次進修主要目的為研習有關眼科葡萄膜炎的領域，這一個月的進修內容主要為參與門診、病房、刀房、及實驗室，其中亦參與第 58 屆日本網膜硝子體學會總會合併第 4 屆的台日視網膜聯合會議。希望透過這次進修，從中學習葡萄膜炎新知，進而回國嘉惠台灣的病患。

二、 過程

1. 門診/病房

日本九州大學附設醫院為日本九州地區的醫療重鎮，其中眼科部門亦是整個九州地區的轉診中心，許多患者從九州各地來求診。其眼科的門診看診模式與台灣較不相同，星期一三五為眼科有開放初診的日子，患者一般拿著轉診單來求診（沒有轉診單也可以掛號，但會貴很多）。有一位非常資深的醫師會坐鎮在門診，並且由他根據病人的狀況來決定要把病人分配給哪一位醫師，因此一個醫師原則上雖然沒有明文限制，他在門診看到的病人還是以他的專業為主。

各次專科每週各有一天的複診日，而葡萄膜炎是在星期二。星期二的早上門診開始前，所有的葡萄膜炎醫師（三位主治醫師跟多位住院醫師及 fellow）會聚在一起，一個一個快速地看過今天門診的所有病人，看看有什麼問題。門診由住院醫師及 fellow 看診為主，若遇到較為複雜或病情有變化的病人，醫師會從後門請主治醫師進來討論，決定之後的治療方向。病人的狀況穩定之後，也會請病人回原地區醫院就診，轉診單一般寫得很詳實。

每星期一早上的大查房，Sonoda 教授會看過所有的住院病人，包含非葡萄膜炎的病人，像是鼻淚管術後的病人等等。檢查室有多台裂隙燈，其他醫師若遇到有興趣的病患或是自己開刀的病人，會請病人再過去檢查。

2. 刀房

每週一下午的大 meeting，所有醫師齊聚一堂，討論前一個禮拜開刀的個案。開刀的醫師會逐一站起來講解每個開刀的個案，順利的就快速帶過，有問題的就停下來討論。討論完前一週的刀之後，會再快速把當週有開什麼刀講過。

刀房配置的部分，上刀時除了主刀醫師外，另有一位第一年或第二年住院醫師或

是眼科的研修醫刷手上刀，負責操縱機器面板的部分（有無菌的透明袋子蓋住機器），另有一位刷手護理師負責整理桌面及遞器械，還有一位流動護理師負責上臨時的器械，這是跟我們醫院很不一樣的地方。主刀醫師跟一助是經由顯微鏡下觀看開刀的過程，兩位護理師則是由連接到外部的螢幕觀看，一間刀房至少有兩個至三個螢幕可以提供給護理師還有其他看刀的醫師及實習生觀看。另外若是主刀是 superior approach，助手會坐在右側，左側會多接一個與地面平行拉長的目鏡，若是有需要，資深醫師也可以直接從那個目鏡連接顯微鏡觀看手術，畢竟直接從顯微鏡中觀看的立體感還是稍有不同。

另外他們所使用的無菌鋪單，都是藍色防水一次性使用的材質，一個大的藍色洞巾即可以蓋住病人的上半身，另外會在病人患眼側貼U型袋子，開刀當中的水流出後都會收集到袋中，不至於會像我們有時候開完刀掀開布單，病人整個半臉都是濕的，感覺非常方便。一次性的使用同時也符合感控的需求，例如說愛滋病的個案開刀，他們並沒有特別不同的配置，也可以安排在手術的中間進行，不需要安排在最後一台刀。

3. 實驗室

九州大學附設醫院眼科的實驗室就位在眼科辦公室同一個區域，實驗室(可做離心 lymphocyte、跑 PCR、做 cell block、flow cytometry、看 cell marker 等等)的旁邊就是各個醫師以及 Sonoda 教授的辦公室。九州大學附設醫院的眼科住院醫師到第三年會進入 PHD 的學程(約四年)，完成後再繼續後面的住院醫師訓練。在 PHD 的時候就會選好次專科，例如 PHD 做 Uveitis 的住院醫師，也會參與星期二 Uveitis 的門診（跟美國不同，美國的 PHD 一般不能接觸臨床）。而每兩週的星期二門診結束後為 Uveitis 次專科的會議時間，除了再次討論困難的個案，每個 PHD 還有年輕的主治醫師會有自己研究的主題，依次會報告這兩週的進度給大家聽，原則上研究的主題都跟臨床有關，收案也都從門診、住院有適合的病人收案，因此門診有需要時會同時跟病人解釋是否要進入臨床實驗。因為葡萄膜炎的患者在鑑別診斷的過程中本來就常需要抽血，跟病人解釋完只是要再多抽一些血，病人通常可以接受。

其中實驗室有 multiplex PCR，可以用很少量(50ul)的前房液即可以同時量測是否有 HSV1、HSV2、VZV、CMV、EBV、HHV6、HTLV、toxoplasma、syphilis 的感染，臨床上有懷疑的個案可直接在抽取前房水後，交給眼科的技術員執行，報告也會掃描上傳病歷，約一個小時可知道結果，是非常方便的檢查。缺點為 multiple PCR 為半定量 (semi-quantitative)，但在本院葡萄膜炎較常使用的檢驗項目中 (HSV1、HSV2、VZV、CMV)，也只有 CMV 是定量的檢測。

另外玻璃體切除手術合併組織切片 (vitrectomy biopsy) 的病人，除了原本 dry vitrectomy 的部分會直接送病理部 cytology、還有送 IL-6 及 IL-10，另外下刀後機

器 pack 裡面的水 (約 100cc)，會在眼科的實驗室做好 cell block 後才送到病理部。我詢問了他們為什麼不直接送病理部做 cell block，回答是說之前有送過但是檢出率太低，因此後來改成他們自己做完再給病理部切片，尤其是臨床上高度疑似的個案的檢出率可以提高。從此處可以看出日本人做事的行動力及事必躬親的嚴謹度。

4. 開會

進修期間的一個週末 12/6~8 前往長崎參加了「第 58 屆日本網膜硝子體學會總會」(The 58th Annually Meeting of Japanese Retina and Vitreous Society and The 4th Japan-Taiwan Vitreoretina Joint Meeting)，為日本視網膜科的年會，亦是第四屆的台日視網膜聯合會議。

日本人很多自己發明獨步全球的手術，還有許多自行研發的手術器械，包含名古屋的 endoscopic-assisted vitrectomy、橫濱 Kadonosono 教授的 retinal transplantation for macular hole，都非常令人歎為觀止。日本人做玻璃體切除手術習慣使用吊頂燈合併 ReSight，因此許多手術影片可以拍得很清楚。

三、心得

經過一個月的進修，除了對葡萄膜炎相關的知識及臨床治療應用有更多的了解外，也觀察到日本人做事的細心及用心。日本的看診模式與台灣非常不同，整個制度很有團隊合作的感覺，整個團隊一起照顧病人，年輕醫師一有問題可以馬上詢問資深醫師。Sonoda 教授於 2015 年當上九州大學眼科部的教授，許多制度是在他上任之後做的改革，目前看起來也都運行的很順利，從中可看出日本人做事的確實及改革的彈性。

日本人的工時是世界出名的長，他們也的確都很早上班很晚下班，但雖然如此，他們做事不會讓人有一種很“趕”的感覺，在台灣的時候常常為了下一件事情，從病房趕到門診、從門診趕到刀房、或是因為門診病人的催促，需要趕快把前面的病人看完。除了因為日本人的民族性的關係，另外當然還有一部分是制度面的問題。回國後也期許自己能先做到自己能做到的部分，目前的做法是在門診前先瀏覽所有的病人病歷，並看過所有的新做的檢查報告，如此可加快門診的速度，可在門診的時候多花一點時候跟病人討論治療的選擇及方向，也比較不會漏掉東西。

另外就是在美國的葡萄膜炎，美國人是喜歡 systemic treatment 為主，亦即他們喜歡使用口服類固醇、免疫抑制劑、biologic agents，感染性葡萄膜炎也是以口服藥物為主。而在日本他們更偏重局部治療，包含局部注射或開刀 (例如 subtenon kenacort、release posterior synechiae、trabeculotomy in steroid

responder……)。台灣目前感覺是介在中間，不能說誰好誰壞，但是看到不同大師的不同做法，也讓我了解到原來這樣做也可以，之後也多了一個選則的武器。

九州地區的葡萄膜炎盛行率有跟台灣相似之處，例如 HLA-B27 AAU 跟台灣一樣是較多的（東京地區較少）、multiple sclerosis related uveitis 很少見、birdshot uveitis (HLA-A29 uveitis) 幾乎沒有，但也有一些疾病相較台灣來的高，例如 HTLV uveitis 及 intraocular lymphoma。HTLV 葡萄膜炎的高盛行率可能來自於當地人血液中 HTLV 陽性的高盛行率，但 lymphoma 則可能是因為他們的診斷方法較多。除 vitreous biopsy 外，他們眼科實驗室可自行做好 cell block 再送病理部，另外他們可檢測前房水或玻璃體裡面的 IL-10 及 IL-6 的量，若 IL-10 值較高或 IL-10/IL-6 ratio 較高合併典型的臨床症狀，就算 biopsy 結果是陰性的也可考慮 therapeutic trial of IVI-MTX。在榮總偶爾會遇到臨床上疑似的個案，但 biopsy 結果卻常常因為眼睛能給的檢體量太少的關係而總是陰性的，若有 IL-10 及 IL-6 的檢測工具，則可以多一項參考。

在九州大學附設醫院，眼科的實驗室就在辦公室旁邊，每個眼科住院醫師在訓練的過程中也都會接觸到基礎試驗，雖然說是基礎實驗，基本上也是從臨床的病人收案，其結果也可以很即時的回饋給病人。這個部分是台灣的眼科醫生在訓練過程中較少接觸的。

藉由這次的短期進修，也獲得了寶貴的友誼，日方的所有醫師及醫院的同仁都對外來的醫師非常友善，也沒有藏私地分享。期許自己日後遇到他國來的實習生或醫師，在公務蠻忙之餘可以花更多時間與之交流。

四、建議

1. 有些診斷 uveitis 的檢測項目，我們醫院仍無法檢測，包含 anti-streptolysin O (用以鑑別診斷 anterior uveitis)，serum ACE、SIL-2-R (用以鑑別診斷 sarcoidosis)，aqueous / vitreous IL-6, IL-10 濃度 (用以鑑別診斷 intraocular lymphoma) 等等，希望有機會能進這些項目。