



〔分科座談〕

內科新療法 守護生命求創新

文／陳美蓮、林芷儀 攝影／廖佳婷

內科分科座談在花蓮靜思堂 B1 國議廳進行，由花蓮慈濟醫院醫務部主任吳雅汝醫師擔任主持人，黃威翰醫師、吳篤安醫師、雷尉毅醫師代表上臺分享。

**主題：血液惡性腫瘤 CAR-T治療
進展及個案分享**

講者：黃威翰醫師

花蓮慈濟醫院臨床病理科主任暨幹細胞與精準醫療研發中心免疫治療科副主任黃威翰醫師，本身為血液腫瘤科專業的他，為學員帶來新穎且精采的 CAR-T 治療分享。

CAR-T 治療 (Chimeric Antigen Receptor T-Cell) 是指基因嵌合 T 細胞治療，其同時具備「細胞療法」、「基因療法」、「免疫療法」三種高科技醫療的特性。黃威翰主任在第一張簡報，放上少女愛蜜莉·懷德海 (Emily Whitehead) 從二〇一二年到今年的照片，她是全球第一位透過 CAR-T 治療急性淋巴性白血病成功案例，透過公開的照片及影片，讓大家知道她重獲新生且非常健康。

CAR-T 治療目前已獲得美國 FDA 核准，可應用於血癌、淋巴癌、多發性骨



花蓮慈濟醫院血液腫瘤科黃威翰醫師介紹花蓮慈院引進最新醫療科技嵌合抗原受體 T 細胞 (CAR-T) 的進展。



馬來西亞鄭珊妮醫師覺得 CAR-T 治療這個最新的救命技術讓人很振奮，幫助血液腫瘤病人多一個治療選擇。

髓瘤等血液腫瘤疾病的治療。黃主任詳細說明治療的流程，並分享花蓮慈院第一例接受 CAR-T 治療的個案故事。病人是曾在院內影像醫學科服務的周紹賓醫師，周醫師在二〇一八年被診斷罹患罕見淋巴癌併血癌，同年七月進行非親屬間異體造血幹細胞移植。不幸的是，周醫師在二〇二三年二月復發淋巴癌，經評估，再次接受移植而根治的機率非常渺茫。

花蓮慈院團隊在三月十日為周醫師萃取出血液中的 T 細胞，經過精密的處理與冷凍，於三月二十七日專機送往諾華位於瑞士總部的實驗室。四月二十四日基因改造成功的 CAR-T 細胞「Kymriah®（學名為 Tisagenlecleucel）」送回花蓮慈院。五月十六日，醫療團隊正式將 CAR-T 細胞回輸進周醫師體內。

黃主任說，這是一個非常有希望的醫療創新，可以幫助許多血液腫瘤疾病的病人。期許未來大家共同攜手為困難的癌症病人帶來更多治療的希望，進行 CAR-T 治療，不僅是花蓮慈院細胞療法的重要使命，也為臺灣醫療創造了一個重要的里程碑。

學員鄭永合醫師來自馬來西亞馬六甲，是一名急診科醫師。這是他第一次參加人醫會年會，聽完黃主任的分享，對癌症患者有了更深刻的認識。他覺得新的醫療技術能給他們一個重生的機會，就像在黑暗中看到一絲曙光，可以恢復健康。「我覺得每個人都應該有第

二次機會，如果醫學能讓患者看到重生的希望，慈濟在這方面做得很好。」

同樣來自馬來西亞的鄭珊妮醫師表示，她不知道馬來西亞是否也有這種新的治療方法，這個最新的救命技術讓人很振奮，它給了病人多一個選擇，如果骨髓移植失敗的話，他們還可以嘗試 CAR-T 細胞治療。她認為臺灣在這方面的進展很值得學習和欣賞。

講者：吳篤安醫師

主題：甲狀腺炎（thyroiditis）

第二位分享者為花蓮慈濟醫院新陳代謝科及內分泌科吳篤安主任，他以甲狀腺炎為主題，甲狀腺炎是一種甲狀腺發炎的病症，可能有多種原因，如自體免疫、感染、藥物、放射線等。吳主任說，較常見的甲狀腺炎為亞急性甲狀腺炎以及橋本氏甲狀腺炎，兩者皆好發於中年女性。



花蓮慈院新陳代謝暨內分泌科吳篤安主任為學員講解甲狀腺炎。

吳主任分別介紹甲狀腺低能症、甲狀腺亢進。甲狀腺炎是屬於內分泌腺疾病，一般人較熟悉的甲狀腺腫症狀是「大脖子」，也就是臺語的「大紅龜」，兒童同樣可能發生甲狀腺低下的問題。吳主任也分享了幾位甲狀腺炎的確診個案，並提醒：「如果頸部腫塊突然出現，尤其是有橋本氏甲狀腺炎的病史，就要注意是否有甲狀腺淋巴瘤的可能。另外，如果出現嚴重的肌肉僵硬、抽搐等現象，可能是甲狀腺危象的表現，這是由於甲狀腺功能急劇減退所致，需要立即就醫。」他強調，若沒有接受適當的治療，病人則可能會產生甲狀腺風暴(thyroid storm)，因此需特別注意。

分享結束後，學員廖健富醫師提問，現今社會發生甲狀腺炎的比例是否增加。吳主任表示，其實過去社會因醫療

的器材不足，所以可能有「大脖子」的病人來到醫院看診，卻因為掃描技術不夠精準而無法診斷，甚至可能有不少甲狀腺出現問題的民眾沒有到醫院就醫，而現今醫療科技發達，因此更可以找出比較多的個案。

主題：食道腦腸軸溝通異常疾病之簡介

講者：雷尉毅醫師

第三位分享者雷尉毅醫師，是花蓮慈濟醫院腸胃肝膽科主治醫師暨二八東病房主任。雷主任在進入腦腸軸的主題之前，先完整的講述「胃食道逆流疾病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)」，包含食道內的症狀（如：火燒心、滿到口中或喉頭的酸水等）和食道外的症狀（喉嚨卡卡、吞嚥問題、



人醫年會第二天的分科座談，許多學員來到國議廳的「內科」組討論現場，聆聽內科醫師分享醫學新知。



雷尉毅醫師是花蓮慈院腸胃肝膽科的主治醫師，他以「食道腦腸軸溝通異常疾病之簡介」進行主題分享。

胸悶等)。當病人經診斷為胃食道逆流患者，可透過氫離子幫浦抑制劑（PPI）治療，而當藥物治療效果不佳時，也可以內視鏡或外科手術治療。

「根據全世界的統計，有高達五成、有產生 GERD 症狀的病人，其實不是 GERD 病人。」雷主任說明，先提到胃食道逆流疾病，也是因為腦腸軸溝通異常疾病（Disorder of Gut-Brain Interaction, DGBI）一開始很容易被當成胃食道逆流疾病。

腦腸軸溝通異常疾病（DGBI）泛指有症狀但沒有器質性異常的腸胃道疾病，過去這被稱為功能性腸胃道疾病。雷主任補充，根據目前的羅馬共識第四版，在食道方面定義了五種疾病，功能性胸痛、食道過度敏感症、功能性心灼熱、喉球症、功能性吞嚥困難。若病症是以慢性食道症為特徵，其症狀需在三個月以上且第一次出現症狀時間距離診斷有六個月以上，此外須排除有任何結構



學員廖健富醫師針對胃食道逆流臨床病人的問題向分享者雷尉毅醫師提問。

性、發炎性、蠕動或代謝的食道異常。

由於症狀相似，甚至有超過三分之二的胃食道逆流病人照胃鏡是正常的情況，因此若要診斷為腦腸軸溝通異常疾病（DGBI），需要安排消化道內視鏡、二十四小時食道酸鹼阻抗測定及高解析度食道功能檢查，先排除其他可能造成症狀的食道疾病。

因為該症狀的病人很容易被當成胃食道逆流，跑到各科檢查，雷主任說自己在門診也常遇到病人不會描述症狀，而是直接對他說：「醫生，我是胃食道逆流。」雷主任就會一一詢問病人相關症狀及之前曾做過什麼的檢查。

關於腦腸軸溝通異常疾病（DGBI），的治療方式，雷主任提到了神經調節劑的藥物治療，此外還可以透過非藥物的認知行為治療，配合身心科醫師或心理治療師的療程規畫及介入，改變腦腸軸的痛覺途徑或減少過度警覺。雷主任說，透過全人醫療這樣全方面的治療及照護，能有效改善病人的症狀。