



# T走類風濕性關節炎

## 達標治療新契機

因為一位八歲小女孩的無聲說法，開啟了佛教大林慈濟綜合醫院副院長賴寧生加強風濕免疫疾病衛教宣導與病患追蹤的決心，因為，他不希望相同的遺憾再度上演…

民國85年，陽明醫學院畢業的賴寧生醫師在醫學中心接受完整訓練15年後，回到雲嘉鄉里醫療的第一站嘉義榮民醫院，當時門診有位八歲女孩被診斷出罹患紅斑性狼瘡合併腎炎，賴寧生開藥後再次叮嚀女孩回診追蹤。經過半年，由於小女孩未依醫囑回診，致電詢問後，竟得知小女孩已過世。原來家長聽信民間偏方讓小女孩吃香灰而沒按時服藥，導致小生命提早結束。這件事讓賴寧生警覺到僅靠醫學科技治療病患是不夠的，還必需追蹤病患和衛教。如今已是大林慈濟醫院副院長的他，從當時就下定決心必須積極注重風濕免疫疾病的縱深和衛教宣導。

「投入風濕疾病研究近三十年，越瞭解越深覺風濕病的醫療縱深要夠長，病患才能得到好處，包括疾病衛教、教學研究與傳承、病患追蹤、新藥的臨床試驗等，這當然必需要有完整的醫療團隊才能承擔。」賴寧生副

院長滔滔不絕地談起風濕疾病領域，「風濕疾病分為許多，例如紅斑性狼瘡、僵直性脊椎炎、類風濕性關節炎等，其中，類風濕性關節炎是風濕疾病中，造成殘障率最高的疾病。」

類風濕性關節炎好發於對稱關節，例如，手腕、手肘、肩膀、膝、腳踝等關節紅腫熱痛，部分患者會在早晨起床時覺得關節僵硬，活動一段時間後才會漸漸舒緩，稱作「晨僵現象」。反覆的發炎反應造成關節內部長期的破壞、肌腱縮短、肌肉不平衡，最後引起關節變形，導致行動不便；有些人甚至會引發關節外的系統性損害，引起皮下結節、心臟合併症、肺纖維化、肋膜炎、脾腫大、腎臟疾病周圍神經炎、動脈炎等病變。

台灣早期的治療是以非類固醇性抗發炎藥物為主，只能止痛但無法抑制關節被破壞狀況；後來出現抗風濕病藥物，搭配上上述的抗發炎藥物及類固醇，能控制病情、

達到緩解。「很可惜在臺灣，類固醇因被大量誤用而產生副作用，不只民眾恐懼，連醫師也是。」賴寧生副院長強調既然風濕病被定義為免疫病，而類固醇又是免疫細胞最好的調劑，使用它當然是必要的，只要適量服用類固醇並無明顯副作用。

不過，即使用了上述三類治療用藥，仍有二到三成病患沒有顯著療效，直到生物標靶療法出現，引發了類風濕性關節炎革命性的醫療，將關節發炎的治療期望從「控制」進展到「療癒」。賴寧生副院長補充說：「風濕病的治療應像打高爾夫球，必需全面綜觀後才處理，不是反射性的單點治療；處方也必需個人化就像開車加油啟動到亮黃燈時踩煞車，紅燈亮時剛好停好。不僅牽涉判斷方向的正確性，也需顧及治療的力道。」因此，風濕病的治療最好能恰到好處，「病患付出的代價越少越好。」這是賴寧生副院長治病的原則。

目前市面上共計約五至六種的生物標靶製劑，使用方式與頻率互異，皮下注射或點滴注射、每周兩次或每月一次，機轉亦各有所長，過去的生物製劑為直接調控淋巴細胞製造出的發炎物質，最新的生物製劑則是從發炎源頭調控並抑制T細胞活化以避免發炎物質產生；生物製劑是鎖定致病因子或調控細胞來運作，療效相當顯著，快則一至二週即見起色、慢則三至四個月內可獲得改善，長期使用可減緩軟骨與硬骨破壞，避免關節變形。「當然不是說每個病患都對特定生物製劑有反應，若有效，可以縮短關節受損的程度和疼痛的忍受期。」由於製劑相當昂貴，目前台灣的健保制度僅

對「使用傳統療法達半年都無效者」才有條件給付生物製劑標靶製劑。

目前，每個月從新竹以北來大林慈濟醫院就醫的風濕病患約有七百多位，「衛教在治療風濕病是很重要的，應該讓病患不僅懂，還能教育周遭的親友。追蹤病患的目的不在於要病患老遠來此看病，而是確定他們有繼續接受風濕專科醫師的治療。」賴寧生副院長表示「理想的風濕治療體系應該是當民眾回到當地的基層診所就醫時，能得到延續性的完善照護。」因此大林慈濟醫院開始與醫師公會結合，將風濕免疫的最新知識推廣到雲嘉基層的開業醫師，接下來還要納進衛生所的醫療團隊，讓風濕病患的照顧縱深由醫院延續到鄉里。

賴寧生副院長提醒，類風濕性關節炎是慢性疾病，而且關節的傷害是不可逆的，因此治療上必須積極處理，建議病友不要抗拒適當的類固醇藥物，也不能擅自停藥，適時接受先進的生物製劑標靶藥物，讓類風濕性關節炎的治療呈現更積極的契機。



佛教慈濟醫院大林院區副院長賴寧生