

## 乾癬性關節炎

乾癬俗稱「牛皮癬」，臨床上以紅色丘疹或境界鮮明的紅色斑塊伴有銀白色落屑為特徵，好發於頭部、軀幹或四肢伸側，包括肘、膝、腰、薦骨部等部位。30%的乾癬患者可發生乾癬關節炎。

有 80% 病人皮膚病變早於關節炎，但有些病人 20% 則先出現關節炎症狀，在診斷時添加不少困難。

臨床上根據患者病變關節的多少和部位，可分為五型：

1、非對稱性少關節型，此型最多見，佔 50%。通常只侵犯二、三個關節，以手和足的小關節多見，可出現臘腸指(趾)，其它大關節也可受侵犯。

2、多發性對稱性關節型：約佔 25%，症狀與類風濕性關節炎相似，診斷時應小心區分。

3、腸薦關節炎和脊椎炎：約佔 15%，其症狀和僵直性脊椎炎相當類似。

4、遠端指間關節型，佔 5~10%，是乾癬關節炎的典型發病部位。

5、破壞型：約佔 2~5%，常見患者的關節嚴重磨損。

乾癬關節炎除關節病變外，大約 30% 的患者出現眼炎，20% 出現結膜炎，7% 有虹膜炎。其它少見表現有主動脈瓣閉鎖不全、上肺纖維化和澱粉樣變性。

乾癬皮疹的出現是診斷乾癬關節炎的必備條件，並藉以與其它發炎性關節炎進行鑑別。絕大多數乾癬患者的皮膚病變，先於關節炎出現達幾年。關節炎的輕重與皮膚病變呈平行關係，嚴重的關節炎通常有比較廣泛的皮疹。指甲異常是乾癬關節炎的特徵之一。最常見的指甲病變包括針樣凹陷，甲下角化過度、變色及指甲剝離。遠端指(趾)關節和鄰近的指甲常同時受累。

乾癬關節炎缺乏特異性實驗室檢查。類風濕因子的陽性率不超過正常人群。其它變化包括貧血、血沈增快、血清 C-反應蛋白濃度增高都是非特異性的。乾癬關節炎患者的關節液分析呈炎性反應。HLA-B27 陽性率，在僅有外周關節炎的乾癬關節炎患者與正常人群相同，而在伴有腸薦關節炎或脊椎炎的乾癬關節炎患者則高 60~90%。

乾癬關節炎的關節 X 光可有以下表現：

- 1、 手和足小關節的骨性強直，指間關節破壞伴關節間隙增寬，末節指骨基底的骨性增生及末節指吸收。
- 2、 近端指骨變尖和遠端指骨骨性增生兩種變化兼有的關節糜爛，形成「杯中鉛筆」樣畸形。這種改變比較少見。
- 3、 「絨毛狀」骨膜炎，可累及長骨骨幹。
- 4、 腸薦關節受波及，多為單側。
- 5、 伴有非邊緣性或邊緣性骨橋的不典型脊柱炎。

具有乾癬皮疹，或乾癬指甲病變及血清陰性外周關節炎，伴有或不伴有脊柱受累，可以確立乾癬關節炎診斷。診斷的主要困難在那些有關節炎而缺乏皮疹或指甲病變者。對於這類患者需要經過詳細檢查，注意和其它疾病鑑別，或透過追蹤觀察提出可能性的診斷。

大多數乾癬關節炎患者的輕度活動性外周關節炎或腸薦關節炎，只需非類固醇抗發炎藥物治療便可。非類固醇抗發炎藥物的療效不佳，或病情進行性加劇，需考慮使用抗風濕疾病調節藥物。有嚴重關節畸形者需手術治療。

常用的抗風濕疾病調節藥物有 methotrexate(MTX 滅癌靈) 和 leflunomide (Arava 艾炎寧) 是當前用來治療嚴重的乾癬關節炎的皮膚和關節病變的最有效藥物，MTX 小劑量間斷給藥的療效可達 40~80%。目前多採用的方案是每週一次給藥法，7.5~15 毫克/週。病情好轉後，將甲氨蝶呤遞減至最小量維持治療。治療期間要定期觀察藥物對胃腸道、血液系、肝臟和肺的影響，應定期檢查血液、肝功能及必要時照肺部 X 光。對已有慢性肝病者應慎用。治療期間應忌煙酒。

本科目前實施標靶療法治療乾癬關節炎，包括腫瘤壞死因子阻斷藥物 etanercept (Enbrel 恩博)、adalimumab (Humira 復邁)、golimumab (Simponi 欣普尼)。不間斷傳統疾病調節抗風濕藥物治療包括 MTX 和 Arava 達 6 個月以上，關節炎仍高度疾病活性，標靶療法全民健保均有給付。頑固的乾癬關節炎可以有更良好的控制，能使病情好轉。

最後更新日期 105 年 2 月 11 日