

萊特症候群和反應性關節炎

德國醫生萊特 (Hans Reiter)，在 1916 年報告一例患者在急性痢疾發作八天後出現結膜炎、尿道炎和關節炎三種症狀，並將此三種症狀以他本人的名字命名為 Reiter 症候群(以下簡稱萊特症候群)。

萊特症候群可能是一世界範圍分布的疾病，屬青年男性急性炎性關節炎最常見的原因之一。男性和女性之比率為十比一，大多數發生在 16~35 歲。

萊特症候群的病因至今仍未明確，腸道或尿道感染與本病發生關係密切。大約 1% 的非淋病尿道炎患者可發生萊特症候群。90% 的患者可在痢疾後一個月內發病。萊特症候群患者 HLA-B27 陽性率為 75~92%。

萊特症候群的尿道炎見於 68% 的患者，通常是短暫的，為時 1~5 天的頻尿和尿痛。可以出現明顯的膿性分泌物或稀薄水樣滲出物。尿道口可見紅斑、水腫或淺表潰瘍。在炎症期作尿液常規檢查可發現少量蛋白和白血球。

63% 的萊特症候群患者，在病程中出現眼部病變，主要表現有結膜炎和虹膜睫狀體炎，少數出現角膜潰瘍。

百分之百的萊特症候群患者有關節症狀。典型的關節炎出現在初發感染發作後二~六週，呈急性發病。86% 的患者表現為非對稱性多關節（多於五個或五個關節）或少關節（少於四個或四個關節）炎。常見的受累關節依次有膝、踝、肩、腕、肘、髖和蹠趾。病變關節呈腫脹、

發熱(或發紅)、劇烈疼痛和觸痛。關節炎一般持續 1-3 個月痊癒，個別病例可長達半年以上。本病關節炎有復發傾向；反覆發作呈慢性關節炎者，可導致關節軟骨破壞及畸形。

萊特症候群患者除了必定發生關節炎外，還表現有三種典型的肌肉骨骼病變。第一是整個手指或腳趾的瀰漫性腫脹、疼痛、觸痛、微紅和微熱，外觀形似臘腸，故稱為臘腸指(趾)，第二是骨膜炎和肌腱端炎，見於 45% 的患者，多見於跟腱和髕腱附著點。第三是腰背痛；多係腸髂關節炎所致。

發熱是萊特症候群患者重要的全身表現之一，病初即可出現，見於 95% 的患者。由於多數患者有高熱，常被懷疑為其它疾病。

大約 10% 的萊特症候群患者可發生溢膿性皮膚角化病，開始為皮膚紅斑，並在此基礎上繼而發展為水疱、斑疹、丘疹及結節，硬而無觸痛。病變可融合成片，主要分布於足底和手掌。25~50% 的男性萊特症候群患者，可發生漩渦狀龜頭炎。開始在尿道口周圍出現小水疱，繼而破潰而成為無痛性、淺表的潮濕潰瘍。

過去許多人診斷萊特症候群，強調必須有尿道炎、結膜炎和關節炎三種症狀。現在認為漩渦狀龜頭炎和溢膿性皮膚角化病，至少有同等重要性。萊特症候群的診斷，主要依靠在臨床上收集的病史、症狀和體徵，而不是依靠特殊的實驗室檢查。

萊特症候群的治療，是非特異性的。早期為了清除腸道或泌尿道細菌可口服抗生素，如四環素或紅黴素。非類固醇抗炎藥物對緩解關節炎有效。

對急性發熱期患者，應囑臥床休息，減少病變關節的活動和負重，加強營養，補充維生素及攝取足夠的水分。體溫恢復正常，關節腫痛減輕者，應逐漸增加關節活動和功能練習，以防止肌肉萎縮和關節攣縮。

Sulfasalazine (SSZ 斯樂錠) 兼有抗炎和抗腸道細菌感染作用，嚴重的或慢性活動性萊特症候群患者，或萊特症候群併發腸髌關節炎者，在應用非類固醇抗炎藥物治療的同時，可並用 SSZ 斯樂錠。幾乎所有初發的萊特症候群患者，經過非類固醇抗炎藥物和其它綜合治療，在 1-3 個月內可以治癒。少數伴發溢膿性皮膚角化病，復發性慢性關節炎，或有腸髌關節炎和脊柱炎者，對非類固醇抗炎藥物治療無效時，可用 Methotrexate (MTX 甲氨蝶呤) 治療。

第一次發作的萊特症候群常呈自限性病程，患者一般在 1-3 個月內症狀消退，末梢關節炎症狀完全消失，皮膚黏膜病變治癒後不遺留癍痕。二分之一的病例常有復發。復發的主要表現，一是反覆發作的關節炎或慢性關節炎，最終可導致關節軟骨破壞和關節畸形；二是復發性虹膜睫狀體炎，可引起視力障礙甚至失明。

最後更新日期 105 年 2 月 11 日