

目錄

乾癬性關節炎的診斷	1
乾癬性關節炎的藥物與治療	4
乾癬性關節炎病患的飲食	10
乾癬性關節炎病患的運動	13
關於乾癬性關節炎的常見問題	15

乾癬性關節炎的診斷

什麼是乾癬性關節炎？

乾癬性關節炎 (PsA) 是發生在乾癬病患的一種慢性關節炎。乾癬性關節炎與類風濕性關節炎不同之處，在於大部份病人的血液中，類風濕性因子為陰性，80% 的病人會先出現皮膚乾癬的表現，且有很多病人在手指甲或腳趾甲會出現指甲破壞的現象。

乾癬性關節炎的臨床症狀有哪些？

臨床表現多以手指關節或膝蓋或踝關節腫痛開始，有些人則以下背痛合併晨間僵硬為主。根據臨床表現及關節部位與發作關節數目不同，可分為五個不同類型。有 30% 的患者剛發病為寡關節型（即少於四個關節腫痛），但隨著病程的時間，大部份患者會演變為多關節型（即大於四個關節以上）。另外有些人會合併有腳後跟腫痛或腳趾或手指整個紅腫（稱為香腸趾／手）的現象。在指甲或趾甲上可能會出現特殊的變化，早期指甲可能會有點類似灰指甲的樣子，接下來可能會出現小小的坑洞（如表一）。有些人甚至會出現指甲邊緣會有紅疹或離指甲最近的關節處按壓會疼痛等現象。

表一、乾癬性關節炎可能合併的指 / 趾甲變化

1、指 / 趾甲上出現點狀凹陷
2、指 / 趾甲角化增生及增厚
3、指 / 趾甲下或甲床裂解
4、指 / 趾甲上出現小油滴狀顏色變化

乾癬性關節炎如何評估關節嚴重度

由於乾癬性關節炎可影響的關節部位較多，目前對於關節炎的疾病活動度的評估可分為幾個項目，包括關節腫脹的數目，關節疼痛的數目，病人主觀覺得病情嚴重度及醫師評估病情嚴重度等項目（如表二）。而在評估關節的破壞程度，則可使用 X 光片或關節超音波來評估關節發炎及骨侵蝕的部分。近來由於醫學及醫藥的進步，許多嚴重乾癬關節炎的病患較能早期獲得控制，因此，根據美國及歐洲風濕病醫學會提出了乾癬性關節炎的達標治療概念，共有七項需符合的標準（如表三），而用藥及控制疾病的目標仍需依每個病人的年紀及其它共病症的不同而有所調整。期待未來對於乾癬性關節炎的治療，能讓所有患者都能保持關節功能正常，維持一定的生活品質。

表二、乾癬性關節炎關節疾病活動度評估表

1、周邊疼痛關節總數 (0-78)
2、周邊腫脹關節總數 (0-78)
3、醫師的整體評估 (0-5)
4、病患的整體評估 (0-5)

表三、乾癬性關節炎治療達標

乾癬性關節炎最低疾病活動度 (minimal disease activity, MDA) 診斷要件, 七項中至少符合五項
1、週邊疼痛關節總數 ≤ 1
2、週邊腫脹關節總數 ≤ 1
3、乾癬皮膚嚴重指標 (PASI) ≤ 1 或佔體表面積 ≤ 3
4、病患關節疼痛分數 ≤ 15
5、病患的整體評估 ≤ 20
6、生活品質評估量表 ≤ 0.5
7、著骨點疼痛點 ≤ 1

如何評估乾癬的嚴重度？

現在標準評估乾癬的方式稱為乾癬嚴重度指數 (psoriasis area severity index, PASI)，是估算乾癬病灶大約佔全身體表面積的百分比 (表四)。用一個手掌心能涵蓋的面積稱為「1% 體表面積」。還會評估每個病灶的「發紅」、「厚度」、「皮屑多寡」，最後計算出的數字即為「乾癬嚴重度指數」。如果皮膚病灶大於 10% 總體表面積，或 PASI>10，表示病情較嚴重。

表四、乾癬嚴重度指數

乾癬面積 (area): 合併總面積佔體表 %							
涵蓋程度	0	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	90-100%
分數	0	1	2	3	4	5	6
部位: 頭部 (h)、軀幹 (t)、上肢 (u)、下肢 (l)							
乾癬嚴重度 (severity)							
嚴重度	無	輕微	中度	重度	極重度		
分數	0	1	2	3	4		
發紅 (E)	無	輕微發紅	粉紅色	紅色	深紅色 / 紅疹		
病灶厚度 (L)	無	輕微凸起	中度凸起	重度凸起合併	極重度凸起		
脫屑狀況 (D)	無	平整脫屑	粗糙脫屑大部分病灶覆蓋皮屑	粗糙脫屑所有病灶覆蓋隆起的厚皮屑	極粗糙脫屑，所有病灶覆蓋粗厚的皮屑		
$\text{PASI} = 0.1 \times (\text{Eh} + \text{Lh} + \text{Dh}) \times \text{Ah} + 0.3 \times (\text{Et} + \text{Lt} + \text{Dt}) \times \text{At} + 0.2 \times (\text{Eu} + \text{Lu} + \text{Du}) \times \text{Au} + 0.4 \times (\text{El} + \text{Ll} + \text{Dl}) \times \text{Al}$							

乾癬性關節炎的藥物與治療

2019 年美國乾癬及乾癬性關節炎協會發表的乾癬性關節炎治療建議，針對不同類型的乾癬性關節炎，給予不同的治療。在 2020 年，由風濕病學會和台灣乾癬暨皮膚免疫學會共同擬訂台灣乾癬關節炎治療建議。臨床上除了讓關節消炎止痛外，主要的治療仍需要控制免疫引起的發炎反應及避免關節破壞，改善關節功能為治療目標，可分為傳統免疫抑制劑及生物製劑二大類。

傳統免疫抑制劑

所有的病人建議都先使用傳統免疫抑制劑 methotrexate (MTX) 作為第一線的乾癬治療用藥。如果病人有副作用，則可以改用其它種類的免疫抑制劑如艾炎寧, 雅努瑪 (leflunomide; arava, arheuma) 或環孢靈, 新體睦 (cyclosporine)。對於一些週邊關節炎 (手指關節或膝關節或踝關節) 的輕症病人，也可以考慮使用斯樂腸溶錠 (salazopyrine)。約有一半以上的病人可以獲得控制。但仍少數病人對於傳統免疫抑制劑效果不佳。研究報告指出，新的生物製劑或標靶治療，對於這些關節炎或乾癬較嚴重且對傳統治療效果不佳的人，可以達到不錯的療效。

生物製劑 (標靶治療)

近幾年的免疫學進步，發現了多種不同機轉的生物製劑，對於乾癬及乾癬性關節炎的免疫調控更顯著，對於乾癬的皮膚病灶及關節炎的控制也有明顯地改善。

一、腫瘤壞死因子抑制劑

(tumor necrosis factor inhibitors, TNF inhibitors)

研究發現，乾癬性關節炎病人的皮膚病灶切片，或關節炎處的滑液膜，都可發現一種細胞激素－「腫瘤壞死因子」的表現量比一般人多。因此腫瘤壞死因子在乾癬性關節炎致病幾轉扮演了重要的角色，並且會引起一連串的發炎反應與關節破壞。臨床發現，如果將血液中的腫瘤壞死因子濃度降低，也會讓關節炎的表現與皮膚病灶都改善，這類藥物稱為腫瘤壞死因子抑制劑 (Tumor necrosis factor inhibitors, TNF inhibitors)。

目前在台灣腫瘤壞死因子抑制劑 (TNF inhibitors) 有三種，Etanercept (恩博)、Adalimumab (復邁)、Golimumab (欣普尼)。

Etanercept (Enbrel，恩博)

Etanercept (恩博) 是一種人工合成的腫瘤壞死因子接受體，主要作用機轉為結合過度分泌的腫瘤壞死因子，而達到臨床症狀的改善。病人接受每週兩次的 Etanercept (恩博) 皮下注射劑，每次 25 毫克，可以達到不錯的臨床改善，除了關節的紅腫及皮膚病灶範圍與發炎嚴重度的改善之外，病人的生活品質量表及生活功能障礙都有明顯的改善。在關節破壞上的抑制也可以看到一定的療效。如果病人的病灶是以皮膚乾癬為主，建議每週兩次接受 Etanercept (恩博) 皮下注射劑，每次 50 毫克維持 12 週，可讓皮膚病灶更快速地達到改善。

Adalimumab (Humira，復邁)

Adalimumab (復邁) 是一種人工合成的純人類單株抗體對抗腫瘤壞死因子，主要作用機轉為結合過度分泌的腫瘤壞死因子，而達到臨床症狀的改善。病人每兩週接受一次的 Adalimumab (復邁) 皮下注射劑，每次 40 毫克，對於

乾癬性關節炎的病人，除了可以達到關節紅腫、皮膚病灶範圍及發炎嚴重度的改善之外，病人的生活品質量表及生活功能障礙都獲得明顯的改善，而在關節破壞的抑制也可以有一定的療效。

Golimumab (Simponi，欣普尼)

Golimumab (欣普尼)和復邁類似，為一種人工合成的純人類單株抗體對抗腫瘤壞死因子，主要作用機轉也是透過結合過度分泌的腫瘤壞死因子，達到臨床症狀的改善。建議劑量為每個月施打一次 Golimumab (欣普尼)皮下注射劑，每次 50 毫克，對於乾癬性關節炎的病人，可以達到關節紅腫、皮膚病灶範圍及發炎嚴重度的改善之外，病人的生活品質量表及生活功能障礙也都獲得明顯的改善，而在關節破壞的抑制也可以有一定的療效。值得注意的是，在臨床研究分析報告中，對於乾癬性關節炎合併的指甲變化及手指關節炎 (dactylitis) 的變化，也有顯著的療效。

這三種腫瘤壞死因子抑制劑主要的副作用類似，如果以前曾得過肺結核或目前有肺結核的疑慮時，皆不宜使用，需先將肺結核治療完全方可使用。此外，台灣為 B 型肝炎的盛行區，因此病人若本身為慢性 B 型肝炎患者，建議先治療 B 型肝炎或合併抗 B 型肝炎病毒藥使用；若為 B 型肝炎帶原者，則建議先自費測定血清中 B 型肝炎的病毒量，作為日後使用 B 型肝炎預防用藥的參考。在年紀大或原本有肺部疾病的患者，在使用上需要注意肺炎及其他感染的可能性。這三種腫瘤壞死因子抑制劑目前健保都有給付，只要患者的臨床病情符合健保給付的規定，並經由事前健保署的審核通過，即可經由醫師處方使用。

為了安全的考量，以生物製劑為乾癬性關節炎患者治療時，病人應在治療時，配合醫師指示規則用藥，並定期追蹤，才能將疾病控制在最好的狀況。

二、Ustekinumab (Stelara, 喜達諾)

除了腫瘤壞死因子抑制劑之外，另一種長效型標靶藥物主要透過抑制血中及關節中的細胞激素—介白質 12/23 來調控免疫機轉。根據臨床試驗用於中重度乾癬患者，在施打兩針後，約有 67% 的乾癬病灶改善。打完第三針後，有超過 72% 的患者達到 75% 的病灶改善 (PASI75)，有超過六成的患者皮膚達到九成的皮膚改善。台灣健保局於 2012 年 5 月通過健保給付，針對十八歲以上中度到重度乾癬患者，對於傳統治療（口服免疫抑制劑和照光併用）不佳的患者，採事先審核通過的方式使用。使用的方法為皮下注射，第一次和第二次間隔一個月，之後每三個月打一次。而在 2016 年，進一步通過健保給付於乾癬性關節炎的患者。

三、Secukinumab (Cosentyx, 可善挺)

可善挺是一種細胞激素介白質 17 的單株抗體，於 2015 年取得美國食品衛生管理局的核准用來治療中度與重度乾癬患者，根據其臨床試驗 II 期和 III 期研究的療效和安全性結果，顯示有皮膚病灶約有六成病人可以達到接近完全消除，在乾癬性關節炎的成效，於接受治療後第 16 週評估，約 55% 病人可以達到至少 20% 以上的關節指標進步 (ACR20)，且安全性與現在生物製劑相似。台灣於 2017 年先通過健保給付給中重度乾癬患者，並且於 2018 年通過健保給付，用於嚴重對傳統口服免疫劑療效不佳的乾癬性關節炎患者。乾癬的注射劑量為第一周到第四周每周每次二枝，之後改為每個月每次注射二枝。而乾癬性關節炎的注射劑量為第一周到第四周每周 1 枝，之後每個月一枝。若為之前使用腫瘤壞死因子拮抗劑療效不佳的患者，則每次的劑量可以增加為二枝。

四、Ixekinumab (Taltz, 達癬治)

達癬治和可善挺類似，是細胞激素介白質 17 單株抗體的一種，採皮下注射的方式，為筆針設計，方便病患自行施打。於 2015 年取得美國食品衛生管理局的核准用來治療中度與重度乾癬患者，根據其臨床試驗 II 期和 III 期研究的療效和安全性結果，顯示有皮膚病灶約有七成病人可以達到接近完全消除 (PASI 90)，在關節炎的成效，於接受治療後 12 週評估療效，約 57% 病人可以達到至少 20% 以上的關節指標進步 (ACR20)，且安全性與其它生物製劑相似。台灣健保局於 2018 年 8 月通過使用於中重度乾癬患者，並且於 2020 年 03 月通過給付，用於治療嚴重對傳統口服免疫劑療效不佳的乾癬性關節炎患者。乾癬的注射劑量為第一次二枝，之後每兩周一枝，到第三個月後改為一個月一枝。而乾癬性關節炎的注射劑量為第一次二枝，之後每個月一枝。

小分子藥物 (Small molecules)

有別於皮下注射與靜脈注射的生物製劑，新一代的小分子藥物進入免疫細胞內能調控發炎的機轉，進而達到臨床症狀的控制。新的口服小分子藥物主要是口服方便。

一、Apremilast (Otezla)

美國食品藥物管理局核准 otezla (apremilast) 用來治療中度到嚴重程度的乾癬，對於指甲，頭皮及掌蹠的病灶效果也不錯，在乾癬性關節炎的療效明顯優於傳統的免疫抑制劑。主要的作用為抑制第四型的磷酸二酯酶 (phosphodiesterase 4)，透過減少發炎訊息的傳遞與炎性細胞介質的產生來治療乾癬與乾癬性關節炎。但目前台灣並沒有進口此藥。

二、Tofacitinib (Xeljanz, 捷抑炎)

Tofacitinib (捷抑炎) 是一種口服的小分子生物製劑主要作用機轉為 JAK 抑制劑 (Janus kinase inhibitors)。此藥在台灣早於 2014 年即使用於類風濕性關節炎的治療。而在 2020 年，健保局開始核准給付用於乾癬性關節炎的治療。這對於不適合使用針劑的患者，是另一個治療的選擇。

這些生物製劑及小分子口服調控免疫藥物的問世，為中重度乾癬及嚴重乾癬性關節炎的患者帶來一線曙光。而臨床上的使用，皆需符合一定條件並經過健保局事先審核通過，才能由醫師處方使用。此外在使用上，所有的生物製劑仍需要注意潛伏型肺結核，B 型肝炎及 C 型肝炎的篩檢及追蹤。並需要注意是否產生副作用，才能在安全的狀況下，為患者帶來最佳的治療成效。因此患者在使用這些藥物時，一定要定期配合追蹤，才能達到最佳的狀況。

生物製劑與調控免疫細胞的小分子藥物，為中度與重度的乾癬以及嚴重乾癬性關節炎的患帶來一線曙光。但是在使用上仍要注意觀察是否產生副作用，才能在安全的狀況下，為患者帶來最佳的治療成效。

乾癬性關節炎病患的飲食

雖然到目前為止，尚未有特殊的乾癬或乾癬性關節炎的飲食建議，但是，根據目前的研究，認為飲食與乾癬性關節炎的關係，可分為下列幾方面：

（一）素食及低蛋白飲食：

有不少乾癬的病友在改成素食之後，認為皮膚的症狀改善。但整體而言，此改善現象並不明顯。1983 年一項全素食及低蛋白的飲食研究發現，在全素食的那一組乾癬的病灶大大的改善，但是在乾癬性關節炎的病人結果卻不明顯。因此，素食及低蛋白飲食的幫助目前仍未定。

（二）飲食控制與乾癬治療：

有許多乾癬性關節炎的病人可能會併用口服維生素 A 酸以控制皮膚的症狀，但可能會引起血脂肪的上昇（特別是三酸甘油脂及低密度膽固醇）而增加心血管疾病的危險性，因此應注意減少飲食上高膽固醇食物的攝取。此外，如果較大面積的皮膚病灶可能會合併照光療法的治療。飲食上某些芸香科香科與繖形花序植物或中藥（如當歸）具有光敏感性，會加強照光療法的毒性。但是，若照光前服用高脂食物，則可能會使療效打折。

（三）健康食品：

魚油中含有較高的 omega-3 不飽和脂肪酸，尤其是 EPA(二十碳五烯酸)，可形成較不具有發炎能力的產物。相反的，一般肉類及植物油所含的不飽和脂肪酸為 omega-6 不飽和脂肪酸（花生油酸、亞麻仁油酸、gamma-次亞麻仁油酸等）。研究發現，omega-6 不飽和脂肪酸系列經代謝後會形成發炎物質，如白三烯 B4、血栓素 A2 及前列腺 E2 等。

鯊魚軟骨中的軟骨素硫酸鹽及多醣體能活化淋巴免疫系統，部分業者宣稱

鯊魚軟骨可以治療乾癬，然而，目前對於口服鯊魚軟骨的劑量及其實際臨床療效，科學家仍保持高度懷疑。

『深海鮫』油早期認為有吃皮補皮的效果，也有報告指出有降低血脂肪的效果。但目前並沒有研究證實口服深海鮫油可以改善或治療乾癬及乾癬性關節炎。

（四）中藥：

有許多免疫力增強劑如靈芝、冬蟲夏草、蜂膠和巴西蘑菇等，都號稱有增強及活化免疫力的效果。但是乾癬是表皮組織代謝過快，是淋巴球過度增強的結果而非免疫力不足。動物實驗發現靈芝會活化體內的細胞激素，反而讓淋巴球功能更強；冬蟲夏草會增加體內干擾素、腫瘤壞死因子等，反而增加發炎的現象；而蜂膠本身的調節功能較複雜，所以角色未定。就中藥而言，黃耆、丹參、茯苓、天門冬及熟地黃等都具有活化及刺激免疫細胞的功能，不建議單味藥或大量使用。目前市售的健康飲品含靈芝、冬蟲夏草、人蔘等成分或是複方飲品含十全大補湯（如：天地合補）均不建議患者隨意飲用。

（五）抽菸：

香菸內含有許多可能致癌物，而角質細胞內含有尼古丁的接受體，所以抽菸會誘發乾癬。這在許多大型研究都有看到明顯的差異，每天抽菸大於 24 根的患者，罹患乾癬的機會為 2.2 倍，只抽 15 至 24 根為 1.7 倍，小於 15 根者則降低到 1.4 倍。

（六）飲酒：

喝酒的量可能與乾癬有關。研究報告顯示，每天飲酒三至四杯的人罹病率為不飲酒者的 1.6 倍。而且在喝酒後，有許多人的病灶可能會有發紅及發癢的現象，因此，酒量的攝取應有所限制。

近年來雖有許多特別的食譜宣稱能改善關節症狀，但卻沒有大型研究可以證實這些說法。許多大型研究認為，健康的飲食觀念可以改善身體的不適，以下有一些健康的飲食習慣可提供參考：

每天應攝取多量蔬菜、水果及全麥食品

應減少脂肪（特別是飽和脂肪酸、動物性脂肪）、含高膽固醇食物（如動物內臟、海鮮、蛋黃等）、精製糖類與過量的鹽。五穀類中的糙米、全麥與燕麥攝取優於白米。

乾癬患者應以『健康均衡飲食』為導向，避免過多的 omega-6 不飽和脂肪酸的攝取造成體內過多花生油酸，進而誘導發炎物質的產生不利乾癬。

每天喝 8-10 杯水（一杯約 200 毫升）。

如果你的飲食習慣已包含大量蔬菜與礦物質，則不需要額外補充綜合維他命，但如果有服用 cyclosporin 患者，切勿飲食葡萄柚與葡萄柚汁，因有增加藥物毒性的風險。

減少酒精、茶與咖啡的攝取

酒精會使藥物的副作用增加，有可能會減少某些藥物的作用，而且酒精本身也容易造成腸胃道發炎與肝臟的負擔。飲用茶與咖啡常為睡眠不足提振精神或熬夜用，但是緊張、壓力與晚睡常使乾癬惡化，故這些刺激性飲料能少攝取最好，應有良好生活形態。

許多營養不良與體重過輕的病人可能會併有慢性貧血、憂鬱症、慢性胃炎或胃潰瘍。特別是腸道發炎性的關節炎病人，腸胃道的不適與發炎常常都會誘發關節的發炎，這些現象都可以與醫師討論。

乾癬性關節炎病患的運動

乾癬患者也應常常安排戶外活動，適當的陽光曝曬，保持情緒穩定與適時宣洩壓力。

但當關節發生問題，活動受到了限制，就會使得活動逐漸減少，再加上長時間的疼痛，漸漸會使得姿勢也變不正確。

適當關節運動的好處

改善關節的活動度，

增加肌腱及韌帶的柔軟度，

防止肌肉萎縮，

增進血液循環，

改善整體關節的功能，

迎合日常生活的需要。



健康的運動必須是循序漸進、有計劃的鍛鍊，包括對各部分的肌肉做暖身、伸展及靜態等三種鍛鍊。

暖身鍛鍊

暖身鍛鍊可增加各關節的活動程度，一個關節如果能做最大程度的活動就可以減少磨損，而關節磨損即是導致關節炎的原因。暖身鍛鍊可使肌肉更具張力，以便做更多其他的鍛鍊。

伸展鍛鍊

伸展鍛鍊可增進肌肉的活動機能，使各個關節能夠從事大幅度的運動，並減少肌肉拉傷的危險。做伸展鍛鍊時，應拉緊肌肉到您感受到肌肉的拉力，但仍不覺得疼痛即可。停留十至十五秒，然後放鬆十秒。再重複一次這項訓練，這次讓肌肉再多伸展一點，但絕不要過度伸展，那會使您原本想放鬆的肌肉更容易拉傷。

靜態鍛鍊

強化肌肉可減少各個關節所承受的壓力，也降低骨骼疏鬆的發生率。就算只是輕度的鍛鍊，也可達到這個目的。肌肉的耐力鍛鍊屬於靜態鍛鍊，在這些靜態鍛鍊中，肌肉不需太多收縮，只要能夠和外在阻力抗衡，達到身體不會移動即可，您只需用您最大力量的百分之四十就可以了。

關節運動的注意事項

關節運動時，須注意下列幾點：

慢慢地進行每個動作，

避免動作過大或關節轉動太快，

關節動作的次數應慢慢的增加，

如要放鬆緊繃的肌肉或肌腱，應盡量伸展相關部位，

嘗試保持約 5-10 秒，然後慢慢放鬆。



關於乾癬性關節炎的常見問題

Q：我在多家醫院看診後被診斷為乾癬性關節炎，這一年來每天都吃止痛藥過日子，但也不見改善，難道我就只能這樣與疼痛相伴了嗎？

A：止痛藥可以減緩關節炎的疼痛與發炎，但對於病況較嚴重的病人，可能需要針對乾癬性關節炎的發病原因加以控制。根據 2010 年美國乾癬及乾癬性關節炎協會的乾癬性關節炎治療建議，針對不同類型的乾癬性關節炎的治療，應給與不同的治療。所有的病人都應先使用免疫抑制劑 methotrexate，但仍有少數病人對於傳統免疫抑制劑反應效果不佳。近幾年，研究報告指出，新的生物製劑或標靶治療，對於這類對傳統療法反應不佳的乾癬性關節炎病人，不論在關節炎或乾癬皮膚的病灶，都可以達到不錯的療效。

建議患者應固定向同一位免疫風濕專科醫師就診，他們對於治療乾癬性關節炎較有經驗，可依據個別病情給與適當的藥物治療。

Q：以類固醇藥膏治療乾癬會有副作用嗎？

A：外用製劑目前仍是治療乾癬最簡單方便的模式，尤其適合於病灶面積小或數量少的乾癬患者，至少有 80% 的患者接受外用藥膏治療。病人常擔心使用類固醇會產生副作用，其實，在有經驗的醫師謹慎使用下，類固醇是可以對病情產生幫助的，但若使用不當，可能會帶來副作用。所以，如果可以遵守醫師的指示使用藥物，再依病情調整藥量，就可以在治療過程中，讓類固醇發揮最好的作用同時減少副作用。

Q：什麼是生物製劑？

A：隨著免疫學、分子生物學以及基因工程的進步，近年來，針對自體免疫疾病特有的免疫訊息或分子，科學家可利用生物科技設計出各種生物製劑。這些新藥可以像導彈一般精確地瞄準特定的免疫分子作用，抑制引發或造成發炎反應，而不會傷害非相關的細胞或組織。

Q：如果我一旦開始使用生物製劑，會不會就需要終生使用？若因副作用出現需要停用時，疼痛的程度會不會比沒有用藥之前更差？

A：如果患者對生物製劑的臨床反應良好，且有持久的療效，可與醫師討論後，醫師會考慮逐步減少劑量。停用藥物後，醫生會根據每個病人的狀況調整其它藥物，以控制乾癬性關節炎。

內容摘自社團法人台灣乾癬協會
乾癬 / 乾癬性關節炎 衛教資料庫
<http://www.psoat.org.tw/tw>

