

## 皮質類固醇在過敏病的臨床運用

### Clinical Applications of corticosteroids in allergic diseases

台中榮民總醫院 內科部過敏免疫風濕科 陳怡行醫師

從二十世紀中葉被發現開始，皮質類固醇就廣泛地被運用於治療各種發炎性疾病（inflammatory disorders），包括各種自體免疫疾病及過敏性疾病。隨著各種免疫療法新藥的研發，雖然臨床醫師有越來越多的武器可用，皮質類固醇仍是治療過敏性疾病最常用的藥物。臨床醫師若能熟練使用各種皮質類固醇，便可發揮其「美國仙丹」般藥到病除的療效，但反之則可能造成各式不良的副作用。如何使皮質類固醇能達到預期的療效與又能使藥物對病患得風險降到最低，是臨床醫師在治療過敏性疾病常面臨的挑戰。本段演講將針對皮質類固醇在急慢性過敏性氣喘、過敏性鼻炎、異位性皮膚炎、蕁麻疹/血管性水腫及其他過敏性皮膚疾病皮質類固醇的使用時機、如何選擇劑量、如何減量、及選擇給藥途徑做一系統性之回顧介紹。

1. 皮質類固醇在過敏性氣喘的運用：氣喘是一呼吸道的慢性發炎疾病，抗發炎藥物(氣喘控制藥物)才能緩解呼吸道因發炎所引起的黏膜水腫與發炎細胞浸潤，而乙二型交感神經興奮劑僅有支氣管擴張作用，可以用來緩解症狀，對控制呼吸道的發炎反應並沒有作用。根據世界氣喘創議組織 GINA2006 之氣喘階梯治療指引，慢性氣喘依氣喘的嚴重度，在輕度持續性氣喘及中度持續性氣喘，可使用吸入型皮質類固醇當做氣喘控制藥物。使用期間每三至六個月評估氣喘症狀及肺功能後，如果病患氣喘已達 GINA2006 定義之“已控制”，則可逐漸減藥。若氣喘症狀及肺功能仍為“部份控制”或未控制”，則應繼續原治療配方甚至加藥升至更高階的治療。至於重度持續型之氣喘病患，則應每日使用高劑量吸入型類固醇外，再加上口服類固醇（可控制病情之最低劑量）或抗 IgE 製劑。急性氣喘發作時，則應視氣喘急性發作的嚴重度，來決定是否需加上全身性皮質類固醇。若臨床確有需要給予全身性皮質類固醇來控制氣喘急性發作，研究顯示給予 methylprednisolone 每天 80 至 120 毫克療效最佳，劑量過低往往不能及時將急性發作控制妥當而劑量高於每日 160 毫克 methylprednisolone 則療效亦不會更好。一般來說，急性氣喘發作給予全身性皮質類固醇約 24 至 48 小時後，便可由靜脈注射劑型改為口服劑型並逐漸減量。減量應視病患症狀至狀緩逐步慢減少，以免急性症狀復發。
2. 皮質類固醇在過敏性鼻炎的運用：除了輕度間斷型過敏性鼻炎病患可以依症狀需要使用口服抗組織胺來緩解症狀以外，持續型過敏性鼻炎患者最有效的治療藥物就是鼻噴型的皮質類固醇。根據 ARIA 之過敏性鼻炎階梯治療指引，持續型過敏性鼻炎患者使用鼻噴型的皮質類固醇應至少連續使用六週，至症狀完全緩解，再開始降階減藥，對鼻炎的發炎反應及症狀，比較能有理想的控制。全身性皮質類固醇不應例行處方給過敏性鼻炎患者。對重度過敏性鼻炎患者，鼻腔黏膜嚴重腫脹無法使用鼻

噴型的皮質類固醇者，可給予 1 至 2 週短期的口服類固醇(0.5mg/kg/day)，再佐以鼻噴型的皮質類固醇，通常可以達到較令人滿意的療效。

3. 皮質類固醇在過敏性皮膚疾病的運用：全身性皮質類固醇和局部塗抹型皮質類固醇對過敏性皮膚疾病都有不錯的療效。但長期局部使用皮質類固醇可能造成皮膚萎縮變薄、色素改變、傷口癒合不良等。臨床醫師必需全面考量用藥的好處及可能不良反應，選擇最適當的療法。異位性皮膚炎嚴重惡化時，可給予 1-2 週強效的局部類固醇(臉部及皮膚皺折處皮膚較薄處不宜使用強效局部皮質類固醇)，待病灶進步後再換成較溫和之局部皮質類固醇製劑。慢性蕁麻疹/血管性水腫之治療主流藥物為長效非鎮定型之抗組織胺，口服或針劑皮質類固醇只應在對高劑量長效抗組織胺無效或口腔黏膜、舌頭、咽部合併發生血管性水腫，可能阻滯呼吸道危及生命之患者短期使用。其他過敏性皮膚疾病，如天疱瘡、類天疱瘡、多形性紅斑等，全身型類固醇仍為治療之主要藥物。通常之劑量為 20-40mg/day 一週後依臨床症狀逐漸減量。特別嚴重者會需要用到 40-60mg/day。至於過敏性接觸性皮膚炎，通常只要能移除過敏原，局部之皮質類固醇便足以改善病灶。

4.