



مراجعات قبل الامتحان

أسئلة الأمراض المفصلية

لطلاب الطب البشري

إعداد

د. فادي سخيني د. عبد الله عيسى د. علاء الحريري

المراجعة العلمية

- أ.د. حسان لايقة أستاذ الأمراض المفصلية بكلية الطب - جامعة دمشق
والسورية الدولية
- أ.د. سعيد حمدون أستاذ الأمراض المفصلية بكلية الطب - جامعة حلب
- أ.د. عبد الرزاق حسن أستاذ الأمراض المفصلية بكلية الطب - جامعة تشرين
- أ.د. كاسر السدو أستاذ الأمراض المفصلية بكلية الطب - جامعة تشرين
- أ.د. ماجد عبود أستاذ الأمراض المفصلية بكلية الطب - جامعة دمشق
والقلمون

تفوق الطبع متفوضة
دار القدس للعلوم
للطباعة والنشر والتوزيع

دمشق - يرموك - هاتف: 6345391

فاكس: 6346230 - جوال: 0933462163

www.dar-alquds.com

e-mail: info@dar-alquds.com

مقدمة الناشر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد
وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد:

يسرنا أن نقدم لأعزائنا طلاب الطب البشري هذه السلسلة من
كتب الأسئلة في مختلف الاختصاصات، والتي تهدف إلى مساعدة
الطلاب على إجراء مراجعة سريعة للمعلومات قبل كلا الامتحانين
النظري والعملي.

إن اجتياز الامتحان مهارة حقيقية يمكن تقويتها والتمرس فيها
عن طريق التدريب والاطلاع على النماذج الامتحانية وكتب الأسئلة
الأكاديمية، ومنها هذا الكتاب المخصص لأسئلة الأمراض المفصلية.
تم انتقاء الأسئلة من مجموعة من الكتب المتميزة والمعتمدة
عالمياً، وتمت مراجعتها علمياً من قبل نخبة من أساتذة الأمراض
المفصلية في جامعات دمشق وحلب وتشرين، فلهم جزيل الشكر
والتقدير.

وحرصاً على تقديم الفائدة لأعزائنا الطلاب قمنا بإضافة أهم
أسئلة دورات الأمراض المفصلية في جامعات دمشق وحلب وتشرين،
بالإضافة إلى أسئلة الامتحان الوطني.

ويدورنا نشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل، ونتمنى أن
يقدم هذا الكتاب وباقي كتب هذه السلسلة الفائدة المرجوة لطلابنا
الأعزاء.

د. محمود موسى طلوزي

رئيس القسم الطبي

والمدير العام لدار القدس للعلوم

المحتويات

7.....	الفصل 1: الداء المفصلي الالتهابي
61.....	الفصل 2: الألم الليفي العضلي
65.....	الفصل 3: أمراض العظام
79.....	الفصل 4: مرض النسيج الضام
91.....	الفصل 5: التصلب المجموعي
97.....	الفصل 6: التهاب العضلات العديد و التهاب الجلد والعضلات ...
103.....	الفصل 7: متلازمة جوغرين
107.....	الفصل 8: التهاب الأوعية الجهازية
117.....	الفصل 9: أسئلة متنوعة
157.....	الفصل 10: أسئلة الفحص السريري
165.....	الفصل 11: حالات سريرية مع أسئلة
195.....	جداول ومخططات مهمة
211.....	القيم المرجعية لأهم التحاليل المخبرية
228.....	المراجع



الداء المفصلي الالتهابي

1

1

1. رجل عمره 68 سنة يعاني من احمرار وتورم في إصبع القدم الكبير بدون وجود قصة رض. أي من الموجودات التالية أكثر فائدة في وضع تشخيص النقرس عند هذا المريض؟
- A. ارتفاع مستمر في حمض البول في المصل.
B. استجابة جيدة لتجربة الكولشيسين.
C. ظهور تآكل مفصلي هامشي بالصورة الشعاعية للمفصل المشطي السلامي الأول (MTP).
D. وجود انصباب مرافق في الكاحل الأيمن.
E. عقدية مرفقية غير مؤلمة.

الجواب: B.

■ **التعليق:** إن الوسيلة النوعية الأفضل لوضع تشخيص النقرس الحاد هي بزل المفصل المصاب واختبار انكسار الضوء المضاعف السلبي، وظهور البلورات الشبيهة بالإبر تحت ضوء المجهر المستقطب ذي اللون الأحمر المعدل، أما الوسيلة التالية الأفضل التي توجه نحو احتمال وجود النقرس هي إعطاء الكولشيسين فمويًا كل ساعة حتى يحدث تحسن ملحوظ في الالتهاب المفصلي أو حتى ظهور التأثيرات الجانبية الهضمية التي تمنع استعمال الكولشيسين لاحقاً، ونادراً ما يستجيب المرضى الآخرون لتجربة الكولشيسين [مثل التهاب المفاصل الساركويدي أو ترسب بيروفوسفات الكالسيوم (CPPD)]، أما الاختبارات الأخرى فهي غير نوعية لتشخيص النقرس.

2. أي من الأشكال التالية لالتهاب المفاصل الرثياني الطفلي

(الشبابي) يترافق أكثر ما يمكن مع اختلاطات عينية خطيرة؟

- A. التهاب مفاصل عديد إيجابي العامل الرثياني.
 B. التهاب مفاصل عديد سلبي العامل الرثياني.
 C. التهاب قليل المفاصل بدون إصابة العمود الفقري.
 D. التهاب قليل المفاصل مع إصابة العمود الفقري.
 E. بداية جهازية لالتهاب المفاصل الرثياني الشبابي.
 الجواب: C.

■ التعليق: إن مرضى التهاب قليل المفاصل بدون إصابة العمود الفقري أكثر ما يحدث عندهم التهاب عينية أمامي شديد كامن قد يكون ساكناً حتى يسبب فقدان رؤية مترقياً، وهناك 20-40% تقريباً من مرضى هذا النمط يحدث عندهم التهاب عينية أمامي والمرضى إيجابيو أضداد النواة (ANA) هم في أعلى درجات الخطورة لهذا الاختلاط، وكذلك قد يحدث عند مرضى إصابة العمود الفقري التهاب عينية أمامي لكن يميل هذا الالتهاب لأن يكون حاداً ويشفى عفويًا أو قد يكون سهل المعالجة.

الأسئلة (3-4):

شابة عمرها 18 سنة جاءت إلى قسم الإسعاف تعاني من ألم شديد في الركبة والمعصم والكاحل في الجانب الأيمن، مع آفات جلدية عديدة على ذراعيها وساقها، بعض هذه الآفات نمشية وغيرها حويصلية بثرية، وأظهر الفحص السريري وجود مضمض وتورم في الأوتار حول المفاصل المصابة لكن بدون وجود تورم مفصلي حقيقي.

3. أي من الخيارات التالية يعطي تشخيصاً للمرض؟

- A. فحص نسائي مع زرع عينة من عنق الرحم.
 B. بزل سائل المفصل.
 C. اختبار الأضداد المضادة للنواة (ANA).
 D. فحص العامل الرثياني.
 E. اختبار إنزيمات الكورات العقدية.

4. خلال انتظار النتائج المخبرية، أي من الأدوية التالية يجب على

المريضة أن تتناولها؟

A. الستيروئيدات القشرية.

B. NSAIDs.

C. صادات.

D. عناية موضعية بالآفات الجلدية.

E. تثبيت المفاصل المؤلمة.

الأجوبة: (3: A)، (4: C).

■ التعليق: إن التظاهرات السريرية عند هذه المريضة تقترح متلازمة

التهاب ما حول المفصل والتهاب الجلد السيلاني، وفي هذه الحالة

يكون عنق الرحم المكان الأكثر ملاءمة للزرع الإيجابي، وقد بيدي

بزل سائل المفصل إيجابية في الزرع لكن لا يوجد عند المريضة أي

انصباب. قد يكون اختبار أضداد النواة (ANA) مفيداً إذا كانت

الموجودات أكثر انسجاماً مع الذئبة الحمامية الجهازية (SLE)،

وليس مع السيلان. وقلما يعاني مريض التهاب المفاصل الرثياني

من موجودات جلدية لذلك فإن العامل الرثياني لا يعتبر اختباراً

مفيداً. قد توجد علامات جلدية ومفصلية مختلفة في الحمى

الرثوية لذلك فإن اختبار الكشف عن إنزيمات المكورات العقدية لا

يعطي تشخيصاً للمرض، ولأن السيلان هو التشخيص الأرجح

فالمريضة تحتاج لمعالجة بالصادات، ويعتبر إعطاء الستيروئيدات

مضاد استطباب هنا، أما ال NSAIDs والعناية الجلدية الموضعية

وتثبيت المفصل فقد تكون إجراءات إضافية مفيدة لكنها لا تعالج

المشكلة الأصلية التي هي إنتان جرثومي.

5. أي من التظاهرات السريرية التالية نموذجي لكل اعتلالات

المفاصل الفقرية؟

A. التهاب الدعائم Enthesopathic inflammation.

B. التهاب الإحليل.

C. آفات جلدية.

D. التهاب معوي.

E. قرحات فموية.

الجواب: A.

■ **التعليق:** إن التهاب الدعائم Enthesopathic inflammation (وهو الآفات الالتهابية التي تصيب الأربطة والغضاريف والأوتار المتصلة بالعظم) هو تظاهر مميز لكل اعتلالات المفاصل الفقرية، أما التهاب الإحليل والقرحات الفموية فهي نموذجية لالتهاب المفاصل الارتكاسي (متلازمة رايتز) وتشاهد الآفات الجلدية في التهاب المفاصل الارتكاسي والصدفي. وهناك بعض مرضى الداء المعوي الالتهابي تحدث عندهم آفات جلدية (مثل تقيح الجلد الترخري)، لكن غالباً ما يكون الالتهاب المعوي التظاهر النموذجي الأشيع من كل الشكايات الرثوية.

6. كل الموجودات التالية قد تحدث في الشكل الجهازي من التهاب

المفاصل الشبابي عدا:

A. حمى ذروية عالية.

B. طفح سريع الزوال.

C. التهاب قزحية وجسم هديبي.

D. اعتلال عقد لمفاوية.

E. ضخامة طحالية.

الجواب: C.

■ **التعليق:** يشاهد الاختلاط العيني عند مرضى التهاب المفاصل الشبابي غالباً وبشكل محصور، بتلك الفئة من المرضى الذين لديهم التهاب مفاصل شبابي قليل المفاصل pauciarticular.

7. مريض شكا بشكل رئيسي من طفح وجهي وجني والتهاب مفاصل

والتهاب أوعية جلدية. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

A. داء حبيبومي مزمن.

B. غياب الغاما غلوبولين المرتبط بالجنس.

C. عوز المتممة C2.

D. تشوه دي جورج.

الجواب: C.

■ **التعليق:** يشاهد المرضى الذين لديهم عوز خلقي في عناصر المتممة خاصة العناصر الباكراة مثل C2 وC4 بإصابة نسيج ضام بشكل رئيسي (كالذئبة الحمامية الجهازية) ولم يتم بعد تحديد سبب هذا الترافق بشكل دقيق.

تشاهد ذوات الرئة المتكررة الناجمة عن الجراثيم ذات الفوعة كالمكورات الرئوية والمستدميات أو المكورات العقدية عند المرضى الذين لديهم عوز في الأضداد.

لا يتمكن المرضى الذين لديهم فقد الغلوبولين غاما المرتبط بالجنس من اصطناع (إنشاء) أضداد نوعية كي يحموا أنفسهم ضد هذه العضويات، ولذلك تكون ذات الرئة مشكلة شائعة لديهم في حال لم يعالجوا بإعاضة الغلوبولين غاما.

يُعتبر الإنتان بالمبيضات كالإشارة الحمراء red flag لعوز الخلايا التائية. أما مرضى تشوه دي-جورج فيولدون بدون تيموس (لا تصنع التيموس) أو قد تكون لديهم بقايا من الجزر التيموسية (عسرة تسج التيموس) ولذلك يكون لديهم عوز في الخلايا T.

توجد لدى المرضى الذين لديهم إصابة حبيبومية مزمنة CGD زيادة في حدوث الإنتانات الجلدية والتهاب العقد اللمفية القيحي، ورغم أن العنقوديات تعتبر جراثيم شائعة في الإنتانات لديهم، فإن أولئك المرضى توجد لديهم أيضاً إنتانات ناتجة عن جراثيم خاصة سلبية الغرام (منخفضة الفوعة) كالإيشيريشياكولي، وأنواع الكلبسيلا، وأنواع الحاطمة وجراثيم أخرى إيجابية الكاتالاز، بالمقابل لا توجد لدى أولئك المرضى مشاكل مع العضويات سلبية الكاتالاز كالعقديات والرئويات أو المستدميات النزلية نمط b.

8. شُوهد ذكر عمره 10 سنوات من قبل أخصائي الأطفال بسبب وجود الحمى والتورم المؤلم في ركبته اليسرى. منذ أسبوعين كان لديه التهاب بلعوم وأعطى الزرع نتيجة إيجابية للمكورات العقدية الحالة للدم. عُولج الطفل بعدها بكورس 3 أيام من البنسلين الفموي. ما هي الدلالة المفردة الأفضل لتشخيص الحمى الرئوية الحادة؟

- ارتفاع سرعة تثقل الكريات الحمر.
- ارتفاع عيار أضداد المكورات العقدية.
- نفخة انقباضية نفخية في القمة مع خفوت أصوات القلب.
- تداول فاصل PR في تخطيط القلب الكهربائي.
- قصة التهاب بلعوم.

الجواب: C.

■ **التعليق:** التهاب العضلة القلبية هو الموجودة الأكثر تمييزاً للحمى الرثوية، والنفخة الانقباضية النفخية في القمة هي العلامة البدئية الأكثر شيوعاً. كل من البنود الأخرى المدونة موجودة في الحمى الرثوية لكنها توجد أيضاً في حالات أخرى.

9. حدث لدى رجل بعمر 55 عاماً مع قصة داء سكري معتمد على الأنسولين ألم وتورم في الركبة اليمنى لمدة 24 ساعة. بلغت حرارته 38.1°C ، كما حصل تحدد حركة شديد في المفصل ثانوي للألم مع عدم القدرة على حمل وزن على ساقيه اليمنى. أظهر بزل الانصباب من الركبة اليمنى تعداداً للكريات البيض بلغ 78000 مع احتواء متميز بلغ 98% منه مفصصات نوى. أظهر تلوين غرام خلايا دموية بيضاء (+3) دون رؤية عضويات من أي نوع. لم تظهر بعد نتائج الزرع. أكثر ما تتماشى الصورة السريرية تلك والفحوص المخبرية مع أي تشخيص من الآتي:

A. التهاب مفاصل رثياني.

B. اعتلال مفاصل عصبي مرضي.

C. داء مفاصل تنكسي.

D. نقرس.

E. التهاب مفاصل جرثومي.

E. الجواب:

■ **التعليق:** يستطب تحليل السائل الزلالي في حال الاشتباه بوجود الإنتان. يتماشى تعداد الكريات البيض ما بين 50.000 و 100.000 مع الإنتان، وتكون هذه العتبة أقل لدى المرضى مضعفي المناعة (مثل مرضى السكري أو المعالجين بالكورتيكوستيروئيدات). يُقترح وجود هذا التشخيص التفريقي كذلك عندما تسيطر الكريات البيض مفصصة النوى، ولكن يمكن مشاهدة هذا أيضاً بأمراض المفاصل الالتهابية الأخرى مثل النقرس أو التهاب المفاصل الرثياني (RA). يعتبر تلوين غرام حساساً ولكن ليس نوعياً كما ويكون إيجابياً في الإنتان الجرثومي

فقط في ما يقارب ثلث حالات التهاب المفاصل الجرثومي أو الخمجي المثبت بالزرع. يتصف اعتلال المفاصل العصبي (مفصل شاركوت) بالتغيرات المخربة غير المؤلمة الحاصلة والمشاهدة على الصورة الشعاعية لدى مريض لديه اعتلال عصبي سابق. يحدث بشكل نموذجي في آفات المفصل التنكسية تعداد كريات بيض أقل من 2000 (سائل مفصلي غير التهابي) بتحليل السائل كما ولا يتظاهر المريض بتحدد حاد وشديد في الحركة. يمكن أن يقلد كل من (RA) والنقرس الإلتان الجرثومي في المفصل ولكنهما يظهران وبشكل نموذجي تعدادات أقل من الكريات البيض بالرشافة من المفصل. يحدث في (RA) إصابة لعدة مفاصل كما ويشخص النقرس برؤية البلورات في السائل الزليل.

10. امرأة عمرها 60 عاماً بدينة بشكل خفيف تشكو من ألم في الوجه الأنسي للركبة في الجهتين يحدث بعد الوقوف المديد. لا يحدث الألم عند الجلوس أو صعود الدرج لكنه يسوء مع النشاطات الأخرى وفي نهاية اليوم. لا توجد يبوسة صباحية عند المريضة. أظهر الفحص السريري للركبتين عدم وجود أي تشوه فيهما لكن يوجد انصباب صغير الحجم، كما لوحظ عند جس الوجه الأنسي للركبتين حدوث ألم خفيف مع الفرقعة Crepitus. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

- التهاب المفاصل الرثياني.
- التهاب المفاصل بالنقرس.
- تلين غضروف الداغصة.
- التهاب العظم والمفصل.
- التهاب المفاصل الصداي.

الجواب: D.

■ **التعليق:** يصيب التهاب العظم والمفصل Osteoarthritis غالباً المفاصل التي تحمل ثقل الجسم وبترافق غالباً مع البدانة أو الأشكال الأخرى للشدات الميكانيكية، وهو أشيع عند النساء وليس له تظاهرات جهازية ويبدأ عادة بعد سن الخمسين. يحدث الألم غالباً بالجهد ويخف بالراحة وقد يصبح المفصل بعدها متيبساً Stiff. قد تصاب المفاصل بين السلاميات البعيدة مع حدوث

عقيدات هيردن (Heberden Nodes) عقيدات قاسية غير مؤلمة تقيس 2-3 سم لا تتدخل بحركة الإصبع تتوضع على المفاصل بين السلاميات البعيدة، قد تصيب إصبعاً أو أكثر لكنها تعف عن الإبهام بشكل وصفي وهي علامة على التهاب العظم والمفصل الموضعي، وإذا أصابت هذه العقيدات المفاصل بين السلاميات القريبة دعيت غالباً عقيدات بوشارد (Bouchard Nodes)، ويشعر بالفرقعة (Crepitus) (هو إحساس يشبه عملية طحن الحبوب نشعر به عند جس المفاصل أثناء الحركة ناجم عن اضطرابات الغضروف أو الوتر أو احتكاك العظم مع العظم) غالباً عند فحص المفصل المصاب.

التهاب المفاصل الرثياني Rheumatoid Arthritis مرض جهازى يصيب عادة النساء تحت سن الأربعين. تكون إصابة المفاصل متناظرة عادة وتشمل المفاصل بين السلاميات القريبة والمفاصل السلامية الصناعية. تحدث 95% من حالات التهاب المفاصل النقرسى عند الرجال وتصيب غالباً إبهام القدم. يدل مصطلح تلين غضروف الداغصة Chondromalacia Patellae على ليونة الغضروف، ويتظاهر المرضى بألم على الوجه الأمامي للركبة مع وجود إيلام فوق الوجه السفلي للداغصة. يسوء الألم بالجلوس لمدة طويلة أو عند صعود الدرج. يصيب التهاب المفاصل الصداي في الركبتين أو الكاحلين أو الكتفين أو أصابع اليدين والقدمين وهو التهاب قليل المفاصل غير متناظر يحدث عند 50% من مرضى الصدف.

11. أي الاضطرابات القلبية التالية يمكن أن يشاهد عند المرضى

المصابين بالتهاب الفقار المقسط Ankylosing Spondylitis؟

- A. تضيق الأبهر.
- B. قصور الأبهر.
- C. قصور مثلث الشرف.
- D. تضيق التاجي.
- E. قلس التاجي.
- F. تضيق الرئوي.

الجواب: B.

■ **التعليق:** قد يؤدي التهاب الأبهـر Aortitis في التهاب الفقار المقسط لحدوث قصور الأبهـر. يتظاهر قصور الأبهـر باكراً أثناء سير الإصابة الفقرية وقد يؤدي إلى قصور القلب الاحتقاني.

12. امرأة عمرها 61 عاماً مصابة منذ 10 سنوات بالتهاب المفاصل الرثياني تشكو من تورم مؤلم خلف الركبة. بالفحص السريري يشاهد هذا التورم عندما تكون الركبة بوضعية البسط فقط. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

A. التهاب الجراب الوزي Anserine Bursitis.

B. كيسة بيكر Baker's Cyst.

C. الخثار الوريدي العميق.

D. التهاب الجراب أمام الداغصة.

E. التهاب الجراب تحت الداغصة.

الجواب: B.

■ **التعليق:** تحدث كيسة بيكر Baker's Cyst على الخط المتوسط للحفرة المأبضية Popliteal Fossa وهي اختلاط غالباً لالتهاب المفاصل الرثياني. تدل الكيسة على وجود رتج في الكيس الزليلي يتبارز عبر محفظة مفصل الركبة. تشمل الركبة على 12 جراباً Bursae مختلفاً (الأجربة هي أكياس من الغشاء الزليلي توجد في أماكن الاحتكاك فوق النتوءات العظمية وبين الحزم العضلية المتجاورة التي لها اتجاهات مختلفة للتقلص). يحدث التهاب الجراب الوزي Anserine Bursitis بالتهاب الجراب فوق الجهة الأنسية للظنوب القريب ويكون هناك إيلام وتورم في الركبة. أما التهاب الجراب أمام الداغصة Prepatellar Bursitis (يدعى أيضاً ركبة ربة المنزل لأنه يترافق مع تنظيف الأرض) فيتميز بالتهاب الجراب المتوضع أمام الداغصة وعادة ما تدعم القصة التشخيص. يدعى التهاب الجراب تحت الداغصة بركبة الكاهن. ينجم الخثار الوريدي العميق عن الانسداد الجزئي أو الكامل في الوريد بسبب خثرة دموية وقد يحدث فيه تورم الريلة أو الفخذ مع الألم. وتكون علامة هومان Homan Sign إيجابية أحياناً (حدوث ألم عند العطف الظهرى للقدم) ولكن غالباً ما يكون الخثار الوريدي العميق لاعرضياً.

13. رجل عمره 49 عاماً يشكو من نوبات متكررة من انتفاخ مؤلم في إبهام القدم اليسرى. المريض يتناول يومياً 25 ملغ من الهيدروكلورثيازيد لعلاج ارتفاع التوتر الشرياني الذي يعاني منه ولا توجد مشاكل طبية أخرى عدا ذلك. بالفحص السريري لا توجد حمى عند المريض لكن يلاحظ احمرار وتورم وسخونة إبهام القدم اليسرى مع وجود ألم شديد عند الجس. توجد عند المريض أيضاً عدة عقد تحت الجلد على صيوان الأذن. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

- A. داء ترسب دي هيدرات بيروفوسفات الكالسيوم.
 B. داء ترسب أوكزالات الكالسيوم.
 C. داء ترسب البولات وحيدة الصوديوم.
 D. داء ترسب فوسفات الكالسيوم.
 E. التهاب العظم والمفصل في إبهام القدم.

الجواب: C.

■ **التعليق:** يتميز النقرس التوفي Topheaceous Gout بوجود بلورات البولات وحيدة الصوديوم في السائل الزليلي التي تأخذ شكل الإبر ويكون الانكسار المزدوج سلبياً Birefringent بقوة (تأخذ اللون الأصفر اللامع عندما تكون موازية للمحور). قد تتعرض نوب النقرس بالمرض أو الأدوية التي تمنع الإفراز الأنوبي لحمض البول (الأسبرين، الهيدروكلورثيازيد) أو الجراحة أو الشدة أو الكحول أو الطعام الغني بالبروتين. يكون لدى المريض تجمع للتوفة Tophi في المفاصل وحولها وفي صيوان الأذن وقد تظهر الصور الشعاعية وجود تآكلات "عضة الجرذ Rat Bite Erosions". ينجم النقرس الكاذب Pseudogout عن ترسب بلورات دي هيدرات بيروفوسفات الكالسيوم في المفصل وتكون هذه البلورات ذات شكل معيني Rhomboid-Like وهي إيجابية الانكسار المزدوج بشكل ضعيف (تأخذ اللون الأزرق عندما تكون موازية للمحور). يشاهد داء ترسب أوكزالات الكالسيوم عادةً عند المرضى المصابين بمرض كلوي في المراحل النهائية. ويسبب داء ترسب فوسفات الكالسيوم حدوث التهاب الوتر المتكلس Calcific Tendinitis أو كتف ميلووكي Milwaukee Shoulder.

14. مدرسة موسيقياً عمرها 41 عاماً تعاني منذ 10 أشهر من يبوسة صباحية مترافقة مع تورم الرسغين والمفاصل بين السلاميات القريبة في اليدين. تشعر المريضة الآن بأن ركبتيها متورمتان ومؤلمتان أيضاً. أظهر الفحص السريري وجود إيلام زليلي مع تورم في الركبتين والرسغين والمفاصل بين السلاميات القريبة. كذلك لوحظ عند المريضة وجود عقيدات تحت الجلد على الوجه الباسط للذراع الأيمن. علامة التبارز Bulge Sign إيجابية في الركبة اليمنى (يدل ذلك على وجود انصباب). أي مما يلي هو التشخيص الأرجح؟

- A. التهاب العظم والمفصل.
- B. التهاب المفاصل الرثياني.
- C. التهاب المفصل الإنتاني.
- D. الكلاس الغضروفي Chondrocalcinosis.
- E. صلابة الجلد Scleroderma.

الجواب: B.

■ التعليق: يؤدي التهاب المفصل الإنتاني عادة إلى أعراض جهازية مثل الحمى. أما التهاب العظم والمفصل Osteoarthritis فيؤدي إلى اليبوسة الصباحية في المفصل لفترة قصيرة وغالباً ما يصيب المفاصل بين السلاميات البعيدة. إن الكلاس الغضروفي أحد الموجودات الشعاعية (اعتلال المفصل التخريبي) التي تترافق مع النقرس الكاذب أو بلورات دي هيدرات بيروفوسفات الكالسيوم. إن المريضة المذكورة في السؤال مصابة على الأغلب بالتهاب المفاصل الرثياني حيث إنها تحقق 4 من أصل 7 معايير تم وضعها من قبل الكلية الأمريكية للأمراض الرثوية وهي:

1. التهاب مفاصل متعدد متناظر لمدة أكثر من 3 شهور.
2. اليبوسة الصباحية التي تستمر أكثر من ساعة.
3. العقيدات الرثوية.
4. التهاب مفصلي في أكثر من 3 مناطق مفصلية.
5. إصابة مفاصل اليدين والرسغين. قد يكون لدى المرضى تشوه عنق الإوزة Swan-Neck Deformity (فرط بسط في المفاصل بين السلاميات القريبة مع عطف معاوض في المفاصل بين

السلاميات البعيدة) وانحراف زندي Ulnar Deviation في الأصابع وتشوه عروة الزر Boutonniere Deformity (بسطة في المفاصل بين السلاميات).

6. تآكلات أو زوال التكلس على الصور الشعاعية.
7. إيجابية العامل الرثياني.

ملاحظة:

تم في عام 2010 إصدار معايير جديدة من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتزم تعطي كل مريض عدداً من النقاط تتراوح من 0 حتى 10، فإذا كانت النقاط الإجمالية 6 نقاط أو أعلى فإنه يتم تصنيف المريض بشكل لا لبس فيه على أنه مريض التهاب مفاصل رثياني بشرط أن يكون لديه التهاب زليل في مفصل واحد على الأقل لا يوجد له تشخيص آخر يفسره بشكل أفضل. هناك 4 نواحٍ تتم تغطيتها في التشخيص:

1. الإصابة المفصليّة:

يتم تصنيف المفاصل السنعية السلامية والمفاصل بين السلاميات الدانية والمفصل بين السلامي للإبهام والمفصل المشطي السلامي الثاني والثالث والرسغ كمفاصل صغيرة، ويتم تصنيف المرفقين ومفصلي الورك والركبتين كمفاصل كبيرة:

- A. إصابة مفصل كبير واحد تعطي 0 نقطة.
B. إصابة 2-10 مفاصل كبيرة تعطي 1 نقطة.
C. إصابة 1-3 مفاصل صغيرة (مع أو بدون إصابة مفاصل كبيرة) تعطي نقطتين.
D. إصابة 4-10 مفاصل صغيرة (مع أو بدون إصابة مفاصل كبيرة) تعطي 3 نقاط.
E. إصابة أكثر من 10 مفاصل (مع إصابة مفصل صغير واحد على الأقل) تعطي 5 نقاط.

2. المتثابتات المصلية:

- تتضمن العامل الرثياني RF إضافة إلى الـ ACPA:
A. الـ RF سلبي والـ ACPA سلبي يعطيان 0 نقطة.
B. الـ RF إيجابي منخفض أو الـ ACPA إيجابي منخفض يعطيان نقطتين.
C. الـ RF إيجابي مرتفع أو الـ ACPA إيجابي مرتفع يعطيان 3 نقاط.

3. متفاعلات الطور الحاد:

نقطة واحدة لارتفاع سرعة تشغل الكريات الحمر أو ارتفاع قيمة الـ CRP (البروتين المتفاعل C).

4. مدّة التهاب المفاصل:

نقطة واحدة لأعراض تستمر 6 أسابيع أو أكثر.

15. مريض مصاب بالتهاب المفاصل الرثياني منذ 15 عاماً تطور لديه ضخامة طحالية مع نقص المعتدلات (اختر تشخيصاً واحداً):

A. التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis.

B. التهاب العضلات العديد Polymyositis.

C. الآلام العضلية الرثوية المتعددة.

D. متلازمة فيلتي Felty Syndrome.

E. صلابة الجلد Scleroderma.

الجواب: D.

■ التعليق: تصيب الآلام العضلية الرثوية المتعددة Polymyalgia Rheumatica الأشخاص فوق عمر 50 عاماً، ويتظاهر المرضى بفقدان الوزن والتعب الشديد والألم واليبوسة في العنق والكتفين والفخذين والوركين ويكون الفحص السريري بشكل وصفي طبيعياً. قد يشاهد التهاب الشريان الصدغي Temporal Arteritis عند المرضى المصابين بالآلام العضلية الرثوية المتعددة ويجب دوماً نفي وجوده. إن التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis مرض مناعي ذاتي يسبب حدوث ضعف في العضلات القريبة مع إصابة الجلد. أما التهاب العضلات العديد Polymyositis فلا يصيب الجلد. إن متلازمة فيلتي Felty Syndrome هي حدوث ضخامة طحالية مع نقص المعتدلات عند مرضى التهاب المفاصل الرثياني.

16. امرأة عمرها 39 عاماً راجعت العيادة بألم في الركبة اليمنى بدايته مخاتلة. يشمل التشخيص التفريقي:

A. التهاب الغشاء الزليل.

B. التهاب المفاصل التكتسي.

C. تخرب الرباط.

D. التهاب الجراب Brusitis.

E. كل ما سبق.

الجواب: E.

17. رجل عمره 21 عاماً ثنائي الجنس Bisexual لديه قصة إسهال متقطع منذ 4 أسابيع مع مفرزات إحليلية وألم في الركبة اليمنى وإصبع القدم اليسرى الثانية، لدى المريض تقرحات فموية شديدة مع مفرزات إحليلية رائحة وطفح حطاطي متوسف على الراحتين والأخمصين مع انفكاك الأظافر Onycholysis وتورم يشبه النقانق في إصبع القدم الثانية اليسرى مع تورم وحرارة في الركبة اليمنى. كانت نتائج تلويح غرام والزروعات للمفرزات الإحليلية سلبية. العامل الرثياني سلبى. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

- A. متلازمة رايتز.
- B. التهاب المفاصل بالمكورات البنية.
- C. داء بهجت.
- D. متلازمة نقص المناعة المكتسب.
- E. التهاب المفاصل الصداي.

الجواب: A.

18. تشمل المظاهر الشعاعية لالتهاب العظم والمفصل (الفصال العظمي) Osteoarthritis في الركبة واحداً مما يلي:

- A. ائتكالالات الحواف.
- B. قلة العظم Osteopenia جانب المفصل (زوال التمعدن).
- C. زوال الغضروف المفصلي مع تضيق المسافة المفصلية الشعاعية.
- D. تتخر العظم (التتخر اللاوعائي) في اللقيمة الفخذية الأنسية.
- E. توضع الداغصة العلوي.

الجواب: C.

19. امرأة عمرها 70 عاماً راجعت بالتهاب مفصل ركبة حاد. أظهرت الصور الشعاعية تكلس الغضروف Meniscal (تكلس الغضروف معينية الشكل مزدوجة الكسر Birefringent بشكل إيجابي خفيف. ما هي هذه البلورات على الأرجح؟

- A. اليورات وحيدة الصوديوم.
- B. هيدروكسي أباتيت الكالسيوم.
- C. الكولسترول.
- D. داي هيدرات بيروفوسفات الكالسيوم.
- E. داي هيدرات فوسفات ثنائية الكالسيوم (Brushite).

الجواب: D.

20. أي مما يلي ليس دواءً معدلاً لسير المرض في التهاب المفاصل الرثياني؟

A. إنفلي كسيماب Infiximab.

B. الذهب.

C. الجرعة العالية من الستيرويدات.

D. الميثوثريكسات.

E. هيدروكسي كلوركين.

الجواب: C.

21. تشمل محاذير ومضادات استطباب مضادات الالتهاب غير

الستيروئيدية:

A. كرياتينين المصل 180 ملمول/ل.

B. داء القرحة الهضمية.

C. استخدام الوارفارين.

D. التشمع.

E. كل ما سبق.

الجواب: E.

22. قد يتميز التهاب المفاصل الصدائي بـ:

A. فرط تقرن تحت الأظافر.

B. إصابة المفاصل بين السلاميات البعيدة DIP.

C. التهاب الملتحمة.

D. التهاب الأصابع.

E. كل ما سبق.

الجواب: E.

23. كل العبارات التالية المتعلقة بالتهاب المفاصل الإنتاني صحيحة ما

عدا:

A. قد تحدث أذية المفصل الدائمة بسرعة.

B. تعتبر النايسريات البنية مسؤولة عن 75% من الحالات عند

الشباب.

C. تتميز أنواع السالمونيلا بأنها تخمج الأشخاص المصابين بفرقرية

نقص الصفائح الأساسية.

D. تشمل العوامل المؤهبة استخدام الصادات السابق.

E. يجب البدء بالصادات التخبرية الوريدية.

الجواب: C.

24. ما هو الخط الأول في العلاج الدوائي لالتهاب العظم والمفصل

؛Osteoarthritis

- A. الأسيتامينوفين 1000 ملغ فمويماً 4 مرات يومياً.
 B. السيليكوكسيب Celecoxib 200 ملغ فمويماً مرتان يومياً.
 C. الغلوكوزامين 500 ملغ فمويماً 4 مرات يومياً.
 D. الإيبوبروفن 400 ملغ فمويماً 3 مرات يومياً.
 E. الديبو- ميدرول 20 ملغ حقناً داخل المفصل.
 A. الجواب:

25. مريضة 45 سنة تشكو من ألم في أصابع اليد مع انتباج خفيف صباحي ويبوسة. لا يوجد بالفحص السريري علامات باستثناء المضض في المفاصل المشطية السلامية وبين السلامية. اختر المقاربة الأفضل:

- A. إجراء تعداد وصيغة وسرعة تنفث وعامل رثياني وAnti-CCp وإعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 B. إجراء الفحوص السابقة وإعطاء البريدنيزولون.
 C. إجراء الفحوص السابقة وإعطاء أملاح الذهب.
 D. إجراء الفحوص السابقة وإعطاء الكلوروكين.
 E. إجراء الفحوص السابقة والمراقبة بدون علاج.
 A. الجواب:

26. مريضة 15 سنة تشكو من ألم وانتباج وحرارة موضعية في عنق القدم منذ عدة أيام مع التهاب طرق تنفسية علوية، لا توجد حرارة عامة أو تعرق أو مظاهر أخرى. اختر المقاربة الأفضل:

- A. بزل السائل المفصلي والبدء بالصادات واسعة الطيف وريدياً.
 B. إعطاء الساليسيلات 100 ملغ/كغ.
 C. إعطاء البنسلين وريدياً.
 D. بزل السائل المفصلي للبحث عن بلورات حمض البول.
 A. الجواب:

27. مريض 55 سنة أصيب بالتهاب حاد في المفصل المشطي السلامي

الأول. اختر المعالجة الأفضل:

A. الكولشيسين وريدياً.

B. حقن المصل بالستيروئيدات.

C. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

D. الألوبيورينول.

الجواب: C.

28. مريضة 55 سنة تشكو من ألم ومضض أنسي الركبة اليمنى أثناء

نزول السلم. كانت صورة الركبة والضحوص الروتينية سوية.

التشخيص الأكثر احتمالاً:

A. داء رثياني.

B. إصابة غضروف هلالتي أنسي.

C. التهاب الغشاء الزليلي العقدي الصباغي.

D. التهاب الركبة بالبلورات.

الجواب: B.

29. سيدة 45 سنة تشكو من التهاب مفصلي يصيب اليدين والقدمين

منذ عدة سنوات لديها حالياً خدر ونمل في أصابع اليد اليمنى. ما

هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

A. داء رثياني مع خلع بين الفقرة الرقبية الأولى والثانية.

B. اعتلال أعصاب محيطية.

C. انضغاط جذر رقبتي.

D. داء رثياني مع احتمال انضغاط العصب المتوسط.

الجواب: D.

30. شكا مريض 55 سنة من ألم في الركبة اليسرى أثناء المشي وخاصة

بعد الجلوس المديد وذلك منذ عدة أشهر. الفحص السريري للركبة

سوي، وكذلك فحص كافة المفاصل باستثناء وجود ألم خفيف

بالدوران الوحشي للورك الأيسر. التشخيص الأكثر احتمالاً:

A. التهاب مفصل تنكسي في الورك الأيسر.

B. داء رثياني وحيد المفصل.

C. تمزق غضروف هلالتي أنسي في الركبة.

D. ألم جذري قطني.

الجواب: A.

31. شكا مريض 12 سنة من ألم وتورم مفاجئ في الركبة مع حرارة وعروءات. تعداد الكريات البيض 11500 كرية/ملم³. سرعة التثفل 15 ملم/سا، ال CRP إيجابي. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

A. حمى رئوية.

B. التهاب مفصل خمجي.

C. التهاب مفصل بالبلورات.

D. التهاب الزليل الصباغي العقدي.

الجواب: B.

32. راجع مريض 12 سنة بآلام مفصلية متكررة منذ عدة سنوات دون أية علامات التهابية. سرعة التثفل 10 ملم/سا. CRP سلبي.

ASLO = 600 وحدة. الجواب الأفضل عند هذا المريض:

A. لا يوجد علاج نوعي.

B. إعطاء بنسلين وأسبرين لمدة 6 أسابيع.

C. إعطاء أسبرين مع حقن بنسلين مديد كل 3 أسابيع.

D. إعطاء بنسلين مديد كل 3 أسابيع.

الجواب: A.

33. في اعتلالات المفاصل الفقارية، كل ما يلي صحيح عدا:

A. تكون الإصابة الالتهابية بشكل أساسي في مكان ارتكاز الأربطة والأوتار على العظم.

B. يصاب المفصلين العجزيين الحرقفيين دوماً.

C. قد يحدث التهاب قميص عضلي وعائي في العين.

D. المعالجة بالسالازوبيرين شافية للمرض.

الجواب: D.

34. ما هو الصحيح فيما يتعلق بالحمى الرثوية؟

A. البدء بالستيروئيدات القشرية فور التشخيص للوقاية من الداء الرثوي.

B. يشاهد دوماً تطاول المسافة PR في تخطيط القلب الكهربائي مشيراً لسوء الإنذار.

C. في 70% من الحالات تحدث الإصابة القلبية خلال الأسبوع الأول من الهجمة الحادة.

D. نفخة التضيق التاجي أكثر النفخات حدوثاً في الهجمة الحادة.

الجواب: C.

35. يفيد في ضبط حمض البول في الدم كل ما يلي عدا:

- A. الإقلال من تناول اللحوم الحمراء.
- B. تناول الكولشيسين.
- C. تناول مثبطات الكسانتين أو أكسيداز.
- D. تناول مدرات حمض البول.
- E. حمية فقيرة بالبورينات.

الجواب: B

36. طفلة مصابة بالتهاب مفاصل متنقل منذ عدة أيام مع حرارة،

سرعة التنفث 90 ملم/سا، C.R.P. = +++، ASLO = 600 وحدة. كل

ما يلي مضاد استطباب لاستعمال الأسبرين عدا:

- A. بوليبيات أنفية.
- B. ريبو.
- C. اضطراب وظائف الكبد.
- D. رعاف متكرر.
- E. تحسس سابق للإيبوبروفين.

الجواب: E

37. مريضة 60 سنة تشكو من ألم في الركبة اليسرى، أبدى الفحص

مضماً في الناحية الأنسية للمفصل. سرعة التنفث 35 ملم/سا.

المعالجة الأولى في هذه الحالة هي:

- A. راحة + مسكنات.
- B. راحة + مسكنات + مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- C. حقن ستيروئيدات ضمن المفصل.
- D. أملاح الذهب.
- E. ميثوتريكسات + مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

الجواب: B

38. مريضة 45 سنة تشكو من التهاب مفاصل عديد متناظر مع ضخامة زليلية واضحة وتآكلات على الصورة الشعاعية. كل ما يلي من علامات سوء الإنذار عدا:

- A. البدء الحاد.
 - B. إيجابية الـ HLA DR4.
 - C. إيجابية العامل الرثياني.
 - D. استمرار ارتفاع سرعة التثفل رغم المعالجة.
 - E. استمرار ارتفاع الـ CRP رغم المعالجة.
- الجواب: A.

39. كل ما يلي من العلامات الكبرى للحمى الرثوية عدا:

- A. التهاب القلب.
 - B. ارتفاع الـ ASLO.
 - C. داء الرقص.
 - D. الحمامى الهامشية.
 - E. العقد تحت الجلد.
- الجواب: B.

40. كل ما يلي يعتبر استنباباً لإعطاء الاستيروئيدات القشرية في الحمى الرثوية عدا:

- A. تناول P-R على تخطيط القلب الكهربائي.
 - B. حصارات القلب بدرجة متقدمة.
 - C. ضخامة عضلية قلبية على الأشعة.
 - D. استرخاء قلب صريح.
 - E. انصباب تامور.
- الجواب: A.

41. كل ما يلي صحيح بالنسبة للعامل الرثياني عدا:

- A. هو غلوبولين مناعي IgM, IgG, IgA.
 - B. عادة يترافق مع وجود عقد تحت الجلد.
 - C. قد يتواجد عند الناس الأصحاء.
 - D. إيجابي في التهاب الفقار المقسط.
 - E. له قيمة إنذارية.
- الجواب: D.

42. كل ما يلي يستخدم في معالجة الهجمة الحادة للنقرس عدا:

- A. الراحة.
 - B. الكولشيسين.
 - C. طارحات حمض البول.
 - D. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 - E. الحقن الموضعي للستيروئيدات في الجوف المفصلي.
- الجواب: C.

43. كل ما يلي يفيد في تفريق الحمى الرثوية عن الداء الرثياني

الشبابي عند الأطفال عدا:

- A. الاستجابة السريعة لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 - B. ألم مفاصل مع تورم وحرارة متتقلة.
 - C. وجود حمامى شافية المركز مع تبارز محيطي على الفخذ.
 - D. التهاب تامور معزول.
- الجواب: D.

44. مريضة 55 سنة تعاني من داء رثياني منذ عدة سنوات. كل ما

يلي يمكن مشاهدته عدا:

- A. العقد السطحية في السطوح الانبساطية للساعد.
 - B. فرغريات ونزف بالأظافر.
 - C. إيجابية الـ HLA DR4.
 - D. العامل الرثياني سلبي.
- الجواب: B.

45. مريض 40 سنة يشكو من ألم وتورم في المفاصل بين السلاميات

البعيدة منذ عدة أشهر. سرعة التثفل 70 مغ/دل. ما هو

التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. التهاب مفاصل صديفي.
 - B. داء رايتز.
 - C. نقرس.
 - D. التهاب مفاصل رثياني.
- الجواب: A.

46. من التأثيرات الجانبية للميثوتريكسات (إجابة واحدة خاطئة):

- A. تليف رئة.
 - B. تليف كبدي.
 - C. تثبيط النقي.
 - D. قرحات فموية شديدة.
 - E. خباثات ثانوية.
- الجواب: E.

47. فيما يتعلق بالنقرس (إجابة واحدة خاطئة):

- A. النقرس الحقيقي أكثر شيوعاً من الكاذب وعند الإناث أكثر من الذكور.
 - B. أكثر ما يصيب الإبهام.
 - C. عيار حمض البول الطبيعي لا ينفي التشخيص.
 - D. تؤكد التشخيص بالفحص المجهرى للسائل المفصلي.
 - E. أكثر شيوعاً بالعقد 4-5.
- الجواب: A.

48. سيدة عمرها 50 سنة تشكو من آلام مزمنة في الركبتين عند

صعود الدرج. يمكن أن نجد بالفحص السريري كل ما يلي عدا:

- A. ضخامة شديدة في الغشاء الزليل.
 - B. ضخامة عظمية.
 - C. انصباب خفيف في المفصل.
 - D. فرقة عظمية.
- الجواب: A.

49. كل ما يلي يعيق حركة المفصل عدا:

- A. ألم المفصل.
 - B. انصباب المفصل.
 - C. الألم الممتد من المجاورات.
 - D. تشنج العضلات المجاورة.
- الجواب: C.

50. كل ما يلي يسبب كسوراً بالعمود الفقري عدا:

- A. البيلة التفهة.
- B. تخلخل العظام.
- C. فرط نشاط جارات الدرق.
- D. الورم النقوي.

الجواب: A.

51. شاب عمره 20 سنة مع ألم بالعمود الفقري، ما هو الخيار الأفضل

من أجل التشخيص؟

- A. أضداد SSA/SSB.
- B. أضداد ANA.
- C. أضداد التوبوايزوميرات.
- D. HLAB27.

الجواب: D.

52. في التهاب الفقار المقسط، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. التهاب قزحية حاد.
- B. قصور الدسام الأبهرى.
- C. ألم ميكانيكي.
- D. يترافق مع إصابة في أوتار القدم.

الجواب: C.

53. مريضة عمرها 55 سنة تشكو من ألم في الركبتين عند نزول

السلاالم، بالفحص وجد مضمض في الناحية الأنسية للركبة. العلاج

الأفضل:

- A. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- B. ستيروئيدات قشرية.
- C. صادات فموية.
- D. كولشيسين.

الجواب: A.

54. التهاب القرصية في التهاب الفقار المقسط (إجابة واحدة خاطئة):

- A. ليس له علاقة بفعالية الداء.
- B. ثنائي الجانب غالباً.
- C. أشيع عند الذكور.
- D. إنذاره سيئ.

الجواب: B.

55. الإصابة القلبية في التهاب الفقار المقسط (إجابة واحدة خاطئة):

- A. تزداد مع تقدم العمر.
- B. لها علاقة بـ HLAB17.
- C. شائعة.
- D. تزداد في الإصابة المحيطية.

الجواب: C.

56. في اعتلال المفاصل الصدائية، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. الإصابة قليلة المفاصل غير متناظرة.
- B. الأعراض الجلدية لها علاقة بشدة الإصابة المفصلية.
- C. نادراً ما تتلو الإصابة المفصلية التظاهرات الجلدية.
- D. إصابة الأظافر لها علاقة بشدة الإصابة المفصلية.

الجواب: B.

57. بالنسبة للورم الزغبي العقدي المصطبغ، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. يصيب الذكور والإناث بعمر الشباب.
- B. يتطور على حساب الزليل.
- C. الإصابة عديدة المفاصل.
- D. التشخيص المؤكد بالخزعة.

الجواب: C.

58. اختر الإجابة الخاطئة فيما يتعلق بعلاج النوبة الحادة للحمى

الرتوية:

- A. بنسيلين.
- B. نافيسيلين.
- C. سلفا.
- D. كلاريترومايسين.

الجواب: C.

59. علاج الهجمة الحادة للنقرس (إجابة واحدة خاطئة):

A. ألوبيورينول.

B. كولشيسين.

C. NSAIDs.

D. الستيروئيدات.

الجواب: A.

60. كل ما يلي يسبب التهاب مفاصل عديد متناظر عدا:

A. التهاب فقار لاصق.

B. التهاب مفاصل رثياني.

C. الذئبة الحمامية الجهازية.

D. الصدف.

E. التهاب فيروسي.

الجواب: A.

61. كل مايلي من المعايير الكبرى في الحمى الرثوية ماعدا:

A. حمى.

B. التهاب مفاصل.

C. التهاب عضلة قلبية.

D. عقيدات تحت الجلد.

E. حمامى هامشية.

الجواب: A.

62. مريضة 45 سنة تشكو من ألم وتورم في المفاصل المشطية

السلامية والمفاصل بين السلامية منذ عدة أشهر. كل الفحوص

التالية تشير إلى حدوث التهاب عدا:

A. سرعة تنقل أكثر من 50 ملم/سا.

B. صفيحات أكثر من 300,000/ملم³.

C. عيار C.R.P أكثر من 6 ملغ/دل.

D. إيجابية العامل الرثياني.

E. خضاب 10 غ/د.ل.

الجواب: D.

63. كل ما يلي من التأثيرات الجانبية لمضادات الالتهاب غير

الستيروئيدية عدا:

A. تطاول زمن النزف.

B. قرحة معدية.

C. احتباس الماء والملح.

D. نقص الرشح الكبلي.

الجواب: A.

64. كل ما يلي من التأثيرات الجانبية للميثوتريكسات عدا:

A. صفيحات أقل من 100,000/ملم³.

B. كريات بيض أقل من 3000 كرية/ملم³.

C. الاستعداد للأخماج.

D. فقر دم.

E. ارتفاع حمض البول.

الجواب: E.

65. الإصابة العينية أكثر شيوعاً في أي من أنماط الداء الرثياني

الشبابي:

A. الشكل قليل المفاصل باكراً البدء.

B. الشكل قليل المفاصل متأخر البدء.

C. الشكل عديد المفاصل.

D. الشكل الجهازى (داء ستيل).

الجواب: A.

66. كل ما يلي من التأثيرات الجانبية للستيروئيدات عدا:

A. قرحة معدية.

B. ارتفاع التوتر الشرياني.

C. ارتفاع سكر الدم.

D. الاستعداد للأخماج.

E. نقص الكريات البيض.

الجواب: E.

67. شاب 30 سنة يشكو من ألم أسفل الظهر يتحسن بالحركة ويوقظه ليلاً من النوم منذ شهر. بالفحص لوحظ وجود اندفاعات حطاطية حمرة ومتوسطة على السطح الباسط للمرفقين مع انصباب في الركبة اليسرى. يطلب لهذا المريض كل ما يلي عدا:

- A. سرعة تثقل.
 - B. صورة بسيطة للمفصلين العجزيين الحرقفيين.
 - C. عيار المتممة الكلية.
 - D. البروتين الارتكاسي C.
- الجواب: C.

68. شكا شاب 28 سنة من ألم أسفل الظهر مستمر منذ شهر رافقه ترفع حروري مع تعرق. يطلب له كل ما يلي عدا:

- A. تعداد كريات بيض وصيفة.
 - B. سرعة تثقل.
 - C. قياس كثافة عظمية.
 - D. تفاعل السلين.
- الجواب: C.

69. مريض 25 سنة يشكو من ألم قطني ليلي يخف بعد الرياضة ومن ألم في الكعبين بعد الجلوس المديد ومن اندفاعات حمرة غير مؤلمة واضحة الحدود على الحشفة ومن قلاع فموي غير مؤلم. بالسوابق الشخصية كان لديه إسهال منذ شهر. ما هو التشخيص عند هذا المريض؟

- A. داء بهجت.
- B. داء كرون.
- C. التهاب فقار لاصق.
- D. التهاب مفاصل ارتكاسي تال للخمج بالعقديات.
- E. داء رايتز.

الجواب: E.

70. كل ما يلي من مشعرات إزمان الإصابة باعتلال المفاصل

الارتكاسي عدا:

- A. استمرار ارتفاع سرعة التثفل.
 - B. عدم الاستجابة لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 - C. إصابة مفصل الورك.
 - D. نقص المتممة.
 - E. إصابة المفصلين الحرقفيين العجزيين.
- الجواب: D.

71. تتميز الحمى الرئوية بكل ما يلي عدا:

- A. داء الرقص الرثياني قد يترافق مع الحمى العقدية ويشفى بإعطاء الهالوبيريدول.
 - B. يمكن أن يصاب العمود الرقبي في حوالي ربع المرضى.
 - C. الـ ASLO تتواجد في نحو 70% من الحالات ولا تميز بين الإصابة الحادة والمزمنة بالعقديات.
 - D. فقر الدم لا يكون شديداً رغم شحوب المريض الشديد.
 - E. إن وجود Anti DNAase B توجه نحو إمكانية الإصابة القلبية.
- الجواب: E.

72. في التهاب المفاصل العديد الحاد أهم مسبب يجب نفيه ابتداءً هو:

- A. الذأب الحمى الجهازى.
 - B. الداء الرثياني.
 - C. الحمى الرئوية.
 - D. التهابات الكبد الفيروسية.
 - E. داء واغندر.
- الجواب: D.

73. كل ما يلي من المعطيات التي تفيد في تشخيص الإصابة المفصلية

بالبنيات عدا:

- A. زرع البثرات فوق المفاصل سلبى.
 - B. زرع الدم قد يكون إيجابى بالأيام الأولى.
 - C. طريقة الـ PCR مفيدة.
 - D. زرع السائل المفصلى سلبى بالأيام الأولى.
 - E. عند استقرار الإصابة في مفصل واحد يصبح زرع الدم سلبياً.
- الجواب: A.

74. شاب 20 سنة يشكو من حمى وألم بالركبتين مع ألم بطن وإقياء منذ يومين إثر ممارسته لرياضة الجري، وقد كانت في سوابقه هجمات مماثلة. التشخيص الأكثر احتمالاً هو:

A. التهاب مفصل قيحي.

B. هجمة التهاب مفصل تنكسي.

C. حمى رئوية.

D. حمى البحر الأبيض المتوسط.

الجواب: D.

75. مريضة 65 سنة تشكو منذ عدة سنوات من آلام مزمنة في الركبتين ميكانيكية الطبيعة، أبدى الفحص وجود ضخامة عظمية وفرقعة خشنة مع انصباب خفيف في الركبتين. كل ما يلي قد يشاهد عند هذه المريضة عدا:

A. عقيدات على جانبي المفاصل بين السلامية القاصية لليدين.

B. بيوسة صباحية لمدة ساعتين.

C. عقيدات على جانبي المفاصل بين السلامية الدانية لليدين.

D. روح في الساقين.

الجواب: B.

76. كل ما يلي خطأ في النقرس الكاذب عدا:

A. ينتج عن ترسب بلورات اليورات وحيدة الصوديوم وحيدة الهيدرات في المفاصل وما حولها.

B. معظم الحالات عرضية وتصيب مفصل الركبة.

C. لدى حوالي نصف المعمرين دليل شعاعي على الكلاس الغضروفي.

D. تنفيذ الحمية ناقصة الكالسيوم في الشفاء من المرض.

E. لا يصاب رسغ اليد بالمرض إلا نادراً.

الجواب: C.

77. كل ما يلي من صفات إصابة المفاصل بالساركويد عدداً:

- A. الإصابة الحادة قليلة المفاصل عادةً.
- B. الإصابة المزمنة تترافق مع الإصابة الرئوية غالباً.
- C. يرتفع عيار الخمائر القالبة للأنجيوتنسين ACE في معظم الحالات.
- D. الإصابة العضلية لا عرضية عادةً.
- E. تترافق مع الحمى العقدية.

الجواب: C.

78. راجع مريض بعمر 40 سنة - يعالج من التهاب فقار مقسط منذ

25 سنة - بشكوى آلام مفصليّة في الأصابع مع يبوسة صباحية لمدة ربع ساعة، ووذمات طرفين سفليين، وجفاف مخاطيات، وأعراض انضغاط العصب المتوسط في الرسغ بالجهتين، وإسهال كبير الحجم دون زحير أو دم منذ 5 أشهر. ما هو التشخيص الأرجح؟

- A. التهاب مفاصل رثياني.
- B. داء ترسب الأصبغة الدموية.
- C. الداء النشواني.
- D. الساركويد.
- E. داء آديسون.

الجواب: C.

79. مريضة 60 سنة لديها آلام مزمنة في الركبتين منذ عدة سنوات،

أبدي الفحص وجود ضخامة عظمية وفرقعة خشنة مع انصباب وضخامة زليلية خفيفين. أي مما يلي قد يشاهد عند هذه المريضة:

- A. عقيدات على الوجه الباسط للساعدين.
- B. يبوسة صباحية تدوم أكثر من ساعتين.
- C. روح في الساقين.
- D. تحت خلع راحي في المفاصل المشطية السلامية.

الجواب: C.

80. شكا شاب 32 سنة من ألم أسفل الظهر التهابي الطبيعة منذ خمسة أشهر يترافق مع يبوسة صباحية مديدة. قد نجد لدى المريض كل ما يلي عدا:

- A. ألم في العقبين عند النهوض صباحاً.
- B. قصة إسهالات دمما متردة.
- C. قرحات فموية.
- D. حرقة خلف القص.

الجواب: D.

81. مريضة 45 سنة تشكو من ألم وتورم في المفاصل المشطية السلامية والمفاصل بين السلامية القريبة والمفاصل السنعية السلامية مع آلام في الركبتين والكاحلين. كل الفحوص التالية تشير لحدث التهابي عدا:

- A. إيجابية العامل الرثياني.
- B. سرعة التثفل أكثر من 20 ملم/ساعة.
- C. عيار البروتين الارتكاسي أكثر من 20 (ط = 0.5-6).
- D. الصفيحات أكثر من 450 ألف/ملم³.
- E. الكريات البيض أكثر من 10500 كرية/ملم³.

الجواب: A.

82. كل الأدوية التالية معدلة لسير الداء الرثياني عدا:

- A. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- B. الميثوتريكسات.
- C. اللوفلوناميد.
- D. أزداد العامل المنخر للورم.
- E. البنسيلامين.

الجواب: A.

83. كل ما يلي صحيح في التهاب المفصل الإلتاني عدا:

- A. عوز عناصر المتممة الأخيرة يؤهب للخمج بالبنيات.
- B. يصاب المفصل القصي الترقوي عند مدمني المخدرات.
- C. العنقوديات البشرية هي المسبب لخمج المفصل الصناعي.
- D. إصابة المفاصل الصغيرة لليدين شائعة بالبنيات.
- E. إصابة الفقرات بالتدرن يرتبط مع وجود إصابة رئوية فعالة.

الجواب: E.

84. مريض 45 سنة مصاب بداء السكري شكّا منذ يومين من حرارة وألم شديد في مفصل عنق القدم الأيمن يستمر ليلاً نهاراً. بالفحص السريري كان هناك تورم وتحدد في جميع حركات مفصل عنق القدم. الأمواج فوق الصوتية بينت وجود انصباب بالمفصل. الخطوة العلاجية التالية هي:

- إعطاء الصادات فموياً بجرعات كبيرة.
 - بزل المفصل مع حقن صادات موضعي.
 - تفجير جراحي للمفصل.
 - إراحة المفصل وإجراء صورة مرنان.
 - بزل المفصل وإعطاء الصادات وريدياً بانتظار نتيجة الزرع.
- الجواب: E.

85. مريض 55 سنة يشكو من ألم شديد في مفصل الكاحل الأيسر مع احمرار وتورم تزايد تدريجياً خلال ساعات مع تحدد جميع حركات المفصل دون قصة رض أو ترفع حروري. يذكر المريض وجود ارتفاع توتر شرياني تتم معالجته. مخبرياً: سرعة التثفل 30 ملم/سا، تعداد الكريات البيضاء 11000/ملم³، حمض البول 7.5 ملغ/دل. ما هو التشخيص الأرجح؟

- التهاب مفصل نقرسي.
 - التهاب مفصل ارتكاسي.
 - التهاب مفصل إنتاني.
 - التهاب الأوتار حول المفصل.
 - التهاب مفصل ساركوئيدي.
- الجواب: A.

86. مريض 24 سنة يشكو من ألم معتدل الشدة على الحركة في الركبة اليسرى مع تورم المفصل وذلك منذ 9 أشهر دون قصة رض أو أعراض عامة. للتشخيص نلجأ إلى كل ما يلي عدا:

- بزل المفصل وتحليل السائل المفصلي.
 - رنين مغناطيسي للركبة.
 - معايرة أضداد النواة.
 - تنظير المفصل.
- الجواب: C.

87. أبكر الأضداد في الداء الرثياني:

A. Anti - CCP.

B. SS/B, SS/A.

C. ANA.

D. أضداد الهيستونات.

E. أضداد DNA.

الجواب: A.

88. كل ما يلي يحدث في الداء الرثياني عدا:

A. إصابة الغشاء الزليل.

B. إصابة العصب الناصف.

C. إصابة الرئة.

D. إصابة الجملة العصبية المركزية.

الجواب: D.

89. في النقرس، كل ما يلي صحيح عدا:

A. إعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أثناء الهجمة الحادة.

B. إنقاص تناول الخضار الغنية بالبورين.

C. الحليب مفيد في النقرس.

D. إعطاء الألوبورينول أثناء الهجمة.

الجواب: D.

90. في الداء التنكسي يشاهد كل ما يلي عدا:

A. نقص البروتيوغليكان.

B. زيادة البروتيوغليكان.

C. ↑ فعالية الـ IL1.

D. ↑ الـ TNF.

الجواب: B.

91. مريض عمره 9 سنوات يشكو من ألم وحرارة في مفصل الركبة مع

طفح جلدي مرافق بعد إنتان بلعوم منذ أسبوعين. مخبرياً:

WBC = 16 ألف كرية/ ملم³، ESR = 60 ملم/ سا. التشخيص هو:

A. داء رثياني شبابي جهازى.

B. حمى رثوية.

C. تناذر تفعيل البالعات.

D. كل ما سبق خطأ.

الجواب: A.

92. التشخيص الأكيد لالتهاب المفصل ببلورات فوسفات الكالسيوم:

- A. تكتسات في الفاصل المفصلي.
 - B. رؤية بلورات مزدوجة الانكسار الإيجابي للضوء.
 - C. كثرة العدلات في السائل المفصلي.
 - D. \uparrow Ca المصل.
- الجواب: B.

93. في معايير تشخيص الداء الرثياني (إجابة واحدة خاطئة):

- A. RF إيجابي.
 - B. يصيب مفاصل اليدين.
 - C. عديد ومتناظر.
 - D. ظاهرة رينو.
- الجواب: D.

94. مريضة لديها فقر دم منجلي عمرها 21 سنة تشكو من ألم في

مفصل الركبة مع تورم. العامل المسبب هو:

- A. السالمونيلا A.
 - B. العنقوديات المذهبة.
 - C. المستدميات النزلية.
 - D. البنيات.
- الجواب: A.

95. عند العرق الأبيض تلاحظ في الداء الرثياني إيجابية:

- A. DR3.
 - B. HLAB27.
 - C. DR4.
 - D. DR5.
- الجواب: C.

96. مريضة 57 سنة شكت من ألم وحرارة وتورم في مفصل الركبة منذ

ساعتين. كل ما يلي يدخل في التشخيص التفريقي عدا:

- A. بلورات اليورات.
 - B. بلورات البيروفوسفات.
 - C. الرض.
 - D. التدرن ضمن المفصل.
- الجواب: D.

97. كل ما يلي استطباب لبزل المفصل عدا:

- A. إصابة منذ عدة أسابيع.
- B. لأغراض علاجية.
- C. في الرضوض لتفريغ السائل الدموي.
- D. لنفي الإصابة الخمجية في الإصابة الحادة.

الجواب: A.

98. ما يدننا على الهجمة في الداء النقرسي (إجابة واحدة صحيحة):

- A. ارتفاع حمض البول.
- B. وجود بلورات يورات أحادية الصوديوم تشكل كيسات.
- C. لللورات سلبية الانكسار للضوء ضمن الكريات البيضاء.

الجواب: C.

99. في التهاب المفصل بالبنيات، كل مايلي صحيح عدا:

- A. سيلان بني.
- B. انصباب مفصلي خفيف.
- C. زرع السائل المفصلي إيجابي دائماً.
- D. زرع الدم سلبي دائماً.

الجواب: C.

100. فيما يتعلق بداء رايتز، كل مايلي صحيح عدا:

- A. التهاب ملتحمة.
- B. التهاب إحليل مع سيلان غير قيحي.
- C. التهاب مفاصل.
- D. بقع وسفية في الراحتين والأخمصين.
- E. قلاع فموي مؤلم عادة.

الجواب: E.

101. كل ما يلي يعد من الأمراض المصنفة ضمن اعتلال المفاصل

سلبي المصل عدا:

- A. التهاب الفقار المقسط.
- B. داء بهجت.
- C. متلازمة رايتز.
- D. الإصابة التالية للصداف.

الجواب: B.

102. بالنسبة لعيار أضداد الـ ASLO (إجابة واحدة صحيحة):

- A. يدل ارتفاعها على إصابة بالعقديات تالية لخمج بلعومي.
- B. يدل ارتفاعها على الإصابة القلبية.
- C. يدل ارتفاعها على الإصابة المفصلية.
- D. عدم ارتفاعها ينفي الحمى الرثوية.

الجواب: A.

103. فيما يتعلق بالعامل الرثياني RF، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. اختبار تثبيت اللاتكس يثبت الـ RF من نمط الـ IgM فقط.
- B. هناك نظائر IgA, IgG.
- C. له قيمة تشخيصية وليس له قيمة إنذارية.
- D. حساسيته عالية في الداء الرثياني.

الجواب: C.

104. كل ما يلي يتدخل في ضبط حمض البول عدا:

- A. حمية عن اللحوم الحمراء.
- B. الكولشيسين.
- C. مثبطات الكزانتين أوكسيداز.
- D. تناول مدرات حمض البول.
- E. حمية فقيرة بالبورينات.

الجواب: B.

105. في الحمى الرثوية، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. تترك الإصابة المفصلية عقابيل دائمة.
- B. تقل الإصابة بتكرار الهجمات.
- C. تشكل الإصابة المفصلية 70 بالمئة من التظاهرات.
- D. الإصابة المفصلية عادة ما تكون مؤلمة جداً.
- E. تعد الحمى الهاشية من المعايير الكبرى.

الجواب: A.

106. الذي يحدد الفعالية في الداء الرثياني (إجابة واحدة صحيحة):

- A. العامل الرثياني.
- B. CRP.
- C. Anti CCP.
- D. أضداد النواة.

الجواب: B.

107. مريض 25 سنة، يشكو من آلام قطنية توقظه في النصف الثاني من الليل وتترافق مع يبوسة صباحية تستمر لمدة ساعة ونصف. أبدى الفحص المفصلي غياب القعس القطني، شوبر (2+10 سم)، باقي الفحص السريري ضمن الحدود السوية. كل ما يلي يمكن مشاهدته عند هذا المريض عدا:

A. التهاب السفاق الأحمصي.

B. التهاب المفاصل الجادع.

C. الأصابع النقانقية.

D. التهاب القرزحية.

الجواب: B.

108. كل ما يلي من العلامات الكبرى للحمى الرثوية عدا:

A. الإصابة القلبية.

B. الإصابة المفصالية.

C. داء رقص سيدنهام.

D. الإصابة العضلية.

الجواب: D.

109. سيدة 40 سنة تشكو منذ سنوات من هجمات متكررة من التهاب مفصلي متناظر يصيب مفاصل اليدين، المعصمين، المرفقين والركبتين مع يبوسة صباحية لأكثر من ساعة. كل التشوهات التالية متوقع أن تشاهد عند هذه المريضة عدا:

A. تشوه عروة الزر في أصابع اليدين.

B. تشوه عنق الوزه في أصابع اليدين.

C. عقد هيبيردن Heberden's nodes على جانبي السلاميات الأخيرة في اليدين phalanges of fingers.

D. تحت خلع أمامي (راحي) للمفاصل السنية السلامية metacarpophalangeal.

الجواب: C.

110. شكا شاب 25 سنة، بشكل مفاجئ منذ البارحة من ألم وتورم في

مفصل الركبة اليمنى، وأبدى الفحص السريري احمرار وحرارة موضعية فوق المفصل المصاب. قد يكون التشخيص كل ما يلي عدا:

A. التهاب المفصل القيحي purulent arthritis.

B. التهاب المفصل النقرسي gout arthritis.

C. التهاب المفصل الرضي.

D. التهاب المفصل التنكسي degenerative arthritis.

الجواب: D.

111. أي من الآتي قد يحدث نتيجة للإصابة بداء الفقار المقسط:

A. النزف الدماغى.

B. قصور الصمام الأبهري.

C. الساد.

D. الحصيات المرارية.

E. عقيدات بوشارد.

الجواب: B.

112. التهاب المفاصل في الحمى الرثوية يتصف بما يلي عدا:

A. متعدد وحاد.

B. متقل.

C. عرضى.

D. يحدث بنسبة 70-75% من الحالات.

E. غالباً يبدأ بالمفاصل المشطية السلامية.

الجواب: E.

113. من أسباب النقرس الثانوي كل ما يلي عدا:

A. الكحولية والصداف الشديد.

B. مضادات الانقسام.

C. قصور الكلية.

D. خافضات الضغط خاصة الكابتوبريل.

E. التسمم بالرصاص.

الجواب: D.

114. في التهاب المفاصل في سياق الحمى الرثوية، كل ما يلي صحيح

عدا:

- A. عادة يكون التظاهرة الأولى للمرض.
- B. يقل حدوثه مع تكرار الهجمات.
- C. غالباً متنقل.
- D. يستجيب بشكل سريع على الساليسيلات أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الأخرى.
- E. القاعدة أن ينتهي بحدوث عقابيل.

الجواب: E.

115. الستيروئيدات في الداء الرثياني (إجابة واحدة خاطئة):

- A. يفضل استخدامها كمعالجة وحيدة.
- B. يفضل استخدامها بجرعات صغيرة لعلاج الإصابات المفصالية.
- C. تستخدم تسريب وريدي لعدة أيام في بعض الهجمات المعقدة.
- D. تستخدم بجرعات كبيرة فموية لعلاج التظاهرات الجهازية.
- E. الحقن الموضعي في الإصابات حول المفصالية أو وحيدة المفصل أو قليلة المفاصل.

الجواب: A.

116. أسباب الألم في الفصال العظمي (إجابة واحدة خاطئة):

- A. ارتفاع الضغط داخل (و/ أو على) العظم.
- B. التهاب النسيج الغضروفي المخرب.
- C. حدوث كسور مجهرية.
- D. زيادة الضغط على الأنسجة الرخوة من المناقير العظمية.
- E. التهاب الغشاء الزليل.

الجواب: B.

117. تشخص الحمى الرثوية وفق معايير جونسن أو تعديلاته:

- A. معيارين كبيرين دون دلائل الإنتان العقدي.
- B. معيار كبير ومعيارين صغيرين مع دلائل الإنتان العقدي.
- C. داء الرقص المعزول دون دلائل الإنتان العقدي.
- D. إصابة قلبية رثوية النموذج دون دلائل الإنتان العقدي.
- E. سوابق حمى رثوية دون دلائل الإنتان العقدي.

الجواب: B.

118. يتميز الألم المفصلي الالتهابي النموذجي بما يلي عدا:

- A. يترافق بيبوسة صباحية لأكثر من نصف ساعة.
- B. يترافق مع حرارة موضعية.
- C. يترافق مع تورم المفصل.
- D. يخف بالراحة ويزداد بالحركة.
- E. يزداد في النصف الثاني من الليل.

الجواب: D.

119. كل ما يلي من مؤشرات الالتهاب البيولوجية عدا:

- A. ارتفاع سرعة التثفل.
- B. زيادة البروتين الارتكاسي.
- C. زيادة تعداد الكريات البيض.
- D. فقر الدم الالتهابي.
- E. زيادة عناصر المتممة.

الجواب: E.

120. كل ما يلي من المظاهر الشعاعية للفصال العظمي عدا:

- A. تكلس الغضروف المفصلي.
- B. النوبت/ المناقير/ العظمية.
- C. التصلب العظمي تحت الغضروفية.
- D. انقراض/ صغر/ المسافة المفصليّة.
- E. الكيسات العظمية تحت الغضروفية.

الجواب: A.

121. الأقل دلالة على الفعالية الالتهابية في الداء الرثياني:

- A. فقر الدم الالتهابي.
- B. سرعة التثفل.
- C. الـ CRP.
- D. العامل الرثياني.
- E. ارتفاع الصفيحات.

الجواب: D.

122. في الألم المفصلي الالتهابي، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. يظهر أو يزداد بعد الراحة.
- B. يظهر أو يزداد في بداية الحركة.
- C. يخف أو يزول مع تكرار الحركة.
- D. يشتد في النصف الثاني من الليل.
- E. يجب أن تستمر اليبوسة الصباحية لأكثر من ساعة حتماً.

الجواب: E.

123. بالنسبة للستيروئيدات في التهاب الفقار المقسط (إجابة واحدة خاطئة):

- A. أكثر فعالية من مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- B. ينصح باستخدامها في حالات استثنائية.
- C. تعطى موضعياً ضمن المفصل الملتهب.
- D. قد تكون مسؤولة عن تفاقم ترقق العظام عند هؤلاء المرضى.
- E. تستخدم كعلاج قصير المدى لتحسين حركة المرضى.

الجواب: A.

124. مريض 25 سنة يشكو من ألم في الأليتين ويبوسة صباحية منذ عدة أشهر. أهم فحص يجرى له:

- A. صورة للمفصلين العجزيين الحرقفين.
- B. صورة عمود قطني بالوضعيتين.
- C. تحديد الـ HLA.
- D. سرعة التثفل.

الجواب: A.

125. في النقرس الحاد (إجابة واحدة صحيحة):

- A. ارتفاع في حمض البول يؤكد التشخيص.
- B. الحمية خالية من البروتين هي أساس العلاج.
- C. كشف البللورات في السائل المفصلي يؤكد التشخيص.
- D. التلكسات الشعاعية في السائل المفصلي يؤكد التشخيص.

الجواب: C.

126. في النقرس (إجابة واحدة صحيحة):

- A. تندر إصابة النساء قبل سن الإياس.
- B. يصيب الذكور حوالي العشرين من العمر.
- C. قد يصيب عدة مفاصل.
- D. كل ما ذكر صحيح.
- E. كل ما ذكر خاطئ.

الجواب: D.

127. في هجمة النقرس الحاد، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. قد يسبقها أحياناً هجمات قولنج كلوي.
- B. تتوضع دائماً في إبهام القدم.
- C. تستجيب عادةً للعلاج بالكولشيسين.
- D. قد يكون حمض البول في الدم طبيعياً.
- E. قد تثار بتناول المدرات.

الجواب: B.

128. يوضع التشخيص الأكيد في التهاب المفصل النقرسي بناءً على:

- A. وجود التهاب حاد في مفصل إبهام القدم عند شخص عمره 50 سنة.
- B. ارتفاع قيم حمض البول في الدم.
- C. وجود تناذر مخبري التهابي.
- D. رؤية بلورات بولات أحادية الصوديوم في السائل المفصلي.
- E. رؤية بلورات بيروفوسفات الكالسيوم في السائل المفصلي.

الجواب: D.

129. يمكن خفض مقدار حمض البول في المصل بإعطاء (إجابة واحدة

صحيحة):

- A. الإندوميثاسين.
- B. الكولشيسين.
- C. الألوبيورينول.
- D. الساليسيلات بجرعة منخفضة.

الجواب: C.

130. شكا مريض 50 سنة بشكل مفاجئ من ألم وتورم في الركبة اليمنى بدون أي أعراض عامة مرافقة. أبدى فحص السائل المفصلي وجود بللورات إبرية مزدوجة الكسر للضوء بالمجهر المستقطب ومعظمها تم ابتلاعها ضمن الكريات البيض، مع العلم أن عيار حمض البول في الدم ضمن الحدود السوية، ما هو التشخيص؟

- A. التهاب مفصل قيحي.
B. التهاب الزليل الزغابي العقيدي.
C. التهاب مفصل نقرسي.
D. داء تنكسي.

الجواب: C.

131. في تشخيص النقرس الكاذب ببلورات بيروفوسفات الكالسيوم نجد:

- A. كثرة العدلات بالسائل المفصلي.
B. ارتفاع عيار الكلس في الدم.
C. كلاس غضروفي وتخرب مفصلي مع ترسبات للكلس في الفاصل المفصلي بالأشعة.
D. بللورات مستطيلة مزدوجة الكسر السالب في المفصل.

الجواب: D.

132. فيما يتعلق بالنقرس، (إجابة واحدة خاطئة):

- A. توجد بللورات سلبية الكسر للضوء مبتلعة من قبل الكريات البيض من بزالة السائل المفصلي.
B. يصيب المفاصل الصغيرة في القدم.
C. تعالج النوبة الحادة بالستيروئيدات ومثبطات الكزانتين أو أكسيداز.
D. يصيب الرجال أكثر من النساء.

الجواب: C.

133. في الداء التنكسي (إجابة واحدة صحيحة):

- A. ترتفع سرعة التثفل وال CRP وتعداد البيض.
B. إصابة المفاصل بين السلامية البعيدة وراثي.
C. تشيع إصابة المرفقين والكتفين في التنكسي البدئي.
D. كل ما ذكر صحيح.
E. كل ما ذكر خطأ.

الجواب: B.

134. في الداء التنكسي (إجابة واحدة صحيحة):

- A. تبدي الفحوص المخبرية الدموية علامات تناذر التهابي.
 B. يبدي فحص المفصل المصاب ضخامة عظمية مع ألم بالحركة وفرقعة خشنة.
 C. هناك زيادة في الكريات البيض أكثر من 1000/مل³ في السائل المفصلي.
 D. انخفاض المتممة في السائل المفصلي.

الجواب: B.

135. في الداء التنكسي، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. تكثر في المفاصل المعرضة للجهد وتقل في مفاصل الأطراف المشلولة.
 B. يترافق بارتفاع شديد في سرعة التثقل.
 C. في حال الألم الشديد المعند نلجأ لحقن المفصل بالستيروئيدات القشرية.
 D. يعتقد أن الداء التنكسي وضخامة النهايات تؤهب لحدوث داء تنكسي.

الجواب: B.

136. في الداء التنكسي (إجابة واحدة صحيحة):

- A. الإصابة في الغضروف.
 B. الإصابة متناظرة.
 C. عمر الحدوث من 30-40 سنة.
 D. يصيب الجنسين بشكل متساوٍ.

الجواب: A.

137. في الداء التنكسي (إجابة واحدة خاطئة):

- A. إصابة المفاصل بين السلامية البعيدة للأصابع.
 B. إصابة المفاصل الحاملة للثقل.
 C. المعالجة شافية.
 D. سن الإصابة بعد الخمسين عادةً.

الجواب: C.

138. كل ما يلي من المظاهر الشعاعية المميزة للإصابة بالتنكسية في

مفصل الورك عدا:

A. انقراض الفاصل المفصلي.

B. المناقير العظمية.

C. نقص تكلس منتشر في رأس الفخذ.

D. تصلب السطوح العظمية.

الجواب: C.

139. في الداء التنكسي البدئي، كل ما يلي صحيح عدا:

A. تصاب المفاصل بين السلامية البعيدة.

B. تصاب المفاصل الكبيرة الحاملة لثقل الجسم.

C. يؤدي لحدوث تشوه عنق الوزة في الأصابع.

D. قد يؤدي لحدوث عرج متقطع شوكي.

الجواب: C.

140. مريضة 40 سنة تشكو من عدة أشهر من ألم وتورم بالمفاصل

المشطية السلامية في الطرفين مع يبوسة وتعب ووهن. التشخيص

الأكثر احتمالاً:

A. داء رثياني.

B. التهاب مفاصل صدائي.

C. داء تنكسي.

D. التهاب عضلات.

الجواب: A.

141. فيما يتعلق بالآلية الإمبراضية للداء الرثياني، كل ما يلي صحيح

عدا:

A. أذية الغضروف ناجمة عن تأثير الزليل المتضخم (السبل)

وإفرازه عدد من الإنزيمات بما فيها البروتياز والكابتسين.

B. العامل الرثياني من نوع IgG هو الأكثر مشاهدة في المرض.

C. تفاعل العامل الرثياني مع الـ IgG السوي يفعل المتممة ويبدأ

سلسلة من الأحداث تتضمن إنتاج المواد المحسسة والجاذبة

للكريات البيض.

D. رغم أن عدة سيتوكينات تلعب دوراً في الآلية الإمبراضية، إلا أن

IL6, IL1, TNF α عوامل أساسية.

الجواب: B.

142. راجعت مريضة شابة تشكو من التهاب مفاصل رثياني تعالج بأملح الذهب. لوحظ في سياق المعالجة بيلة بروتينية مع وذمات

وحين. ما التشخيص الأكثر احتمالاً؟

A. اعتلال كبدي بأملح الذهب.

B. التهاب كب و كلية غشائي.

C. التهاب كلية خلالي.

D. التهاب كب و كلية مترقّ بسرعة.

E. ولا واحد مما سبق.

الجواب: B.

143. في الداء الرثياني (إجابة واحدة صحيحة):

A. تكون الإصابة متناظرة.

B. لا يحدث انصباب جنب.

C. تصاب المفاصل بين السلامية البعيدة.

D. لا تحدث متلازمة نفق الرسغ.

الجواب: A.

144. في الإصابات خارج المفصلية في الداء الرثياني (إجابة واحدة صحيحة):

A. العامل الرثياني عادة سلبي.

B. انصباب جنب أكثر المظاهر التنفسية حدوثاً.

C. انصباب التامور يقود إلى التهاب تامور عاصر في أغلب الحالات.

D. يصاب القميمص العضلي الوعائي عادة.

الجواب: B.

145. في الداء الرثياني (إجابة واحدة صحيحة):

A. تلعب البالعات دوراً أساسياً في التعرف على المستضد المسبب.

B. تفرز البائيات السيتوكينات التي تحرض الخلايا التائية على التكاثر.

C. تؤثر محاصيل الكريات البيض على المعقدات المناعية الإمرضية ولا تسيء للنسج الطبيعية.

D. كل العوامل الرثيانية من النوع IgM.

الجواب: A.

146. كل ما يلي من علامات سوء الإنذار في الداء الرثياني عدا:

A. البدء الحاد.

B. شدة فقر الدم.

C. ارتفاع عيار العامل الرثياني.

D. ظهور التآكلات.

الجواب: A.

147. كل ما يلي من التأثيرات الجانبية للميثوتركسات عدا:

A. نقص العدلات.

B. سقوط الأشعار.

C. الإصابة بداء المنطقة.

D. ارتفاع خمائر الكبد.

الجواب: C.

148. في التهاب الفقار المقسط (إجابة واحدة صحيحة):

A. وجود HLAB27 يؤكد التشخيص.

B. وجود التهاب في المفصلين العجزيين الحرقفيين يؤكد التشخيص.

C. الإصابة الجلدية وتقرن الجلد السيلاني يؤكد التشخيص.

D. مضادات الالتهاب غير الستيرويدية توقف سير المرض.

الجواب: B.

149. في التهاب الفقار المقسط (إجابة واحدة صحيحة):

A. لا تصاب المفاصل المحيطة.

B. قد تكون سرعة التثفل طبيعية.

C. إصابة المفصل العجزي الحرقفي وحيدة الجانب.

D. مثبطات المناعة شافية.

E. التهاب الملتحمة شائع.

الجواب: B.

150. أي من الفحوصات التالية نوعي لتشخيص التهاب الفقار

المقسط:

- A. الهيماتوكريت.
 - B. سرعة التثفل.
 - C. HLAB27.
 - D. أضداد النواة.
 - E. ولا واحد مما سبق.
- الجواب: E.

151. ما هي التظاهرة خارج المفصلية الأكثر شيوعاً في التهاب الفقار

المقسط:

- A. ذات جنب مصلية ليفية.
 - B. التهاب تامور حاد.
 - C. قصور أبهر.
 - D. التهاب قزحية.
 - E. اضطرابات في النقل الأذيني البطيني.
- الجواب: D.

152. في الحمى الرثوية، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. كقاعدة، الإصابة المفصلية تترك عقابيل بشكل دائم.
 - B. تقل الإصابة بتكرار الهجمات.
 - C. تشكل الإصابة المفصلية 70 بالمئة من التظاهرات.
 - D. يعتمد التشخيص بشكل رئيسي على معايير جونس.
- الجواب: A.

153. أي من الأدوية التالية ليس من معدلات المرض في الداء

الرثياني:

- A. Naproxen.
 - B. أملاح الذهب.
 - C. ديينسيلامين.
 - D. ميثوتريكسات.
- الجواب: A.

154. امرأة عمرها 50 سنة تشكو من احمرار وتورم في مفاصل الرسغ والركبة والكاحل مع يبوسة صباحية لأكثر من ساعة. أي مما يلي لا يعتبر من الأدوية المعدلة للمرض:

- A. الميثوتريكسات.
- B. السلفاسالازين.
- C. أملاح الذهب.
- D. NSAIDs.

الجواب: D.

155. شكت سيدة 55 سنة من ألم وتورم في الركبتين منذ عدة أسابيع وبدون حمى مع يبوسة صباحية لمدة عشر دقائق. أبدى الفحص السريري ضخامة عظمية مع فرقة خشنة بالركبتين مع انصباب خفيف بالركبة اليسرى فقط. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. التهاب مفاصل نقرسي.
- B. التهاب مفاصل رثياني.
- C. داء تنكسي.
- D. التهاب مفاصل قيحي بالبنيات.

الجواب: C.

156. من الخصائص البيولوجية للروماتيزم الصدائي مايلي عدا:

- A. تكون عادة قيم الـ (CRP) طبيعية.
- B. يكون العامل الرثياني سلبى في غالبية الحالات.
- C. (ANA) سلبى.
- D. قد يصادف ارتفاع بقيم حمض البول.
- E. السائل المفصلي ذو الطبيعة التهابية.

الجواب: E.

157. أي من الموجودات التالية توجه للسبب الالتهابي عن السبب التنكسي:

- A. ألم على الجهد (المشي).
- B. فرقة عظمية.
- C. احمرار وتورم.
- D. ضخامة عظم.
- E. تحدد في الحركة.

الجواب: C.

158. معايير الحمى الرثوية الصغرى، كل ما يلي عدا:

- A. ارتفاع (ASLO).
- B. ألم مفصلي.
- C. حمى.
- D. تطاول (PR) على (ECG).
- E. سوابق حمى رثوية.

الجواب: A.

159. أشيع مسبب لالتهاب مفصل قيحي:

- A. المكورات العنقودية المذهبة.
- B. المكورات البنية.
- C. المكورات العقدية.
- D. E. Coli.
- E. سالمونيلا.

الجواب: A.

160. من أسباب النقرس الثانوي ما يلي عدا:

- A. فرط نشاط دريقات.
- B. ضخامة نهايات.
- C. داء الصباغ الدموي.
- D. عمر متقدم (Advanced Aging).

الجواب: B.

■ ملاحظة: نادراً ما تسبب ضخامة النهايات داء النقرس الثانوي.

أسئلة بدون خيارات

161. في بزل مفصل، كيف يتوجب أن يكون تعداد الكريات في التهاب المفصل التنكسي؟ التهاب المفصل الرثياني؟ التهاب المفصل الإنتاني؟
التنكسي: 200-2000، الرثياني: 5000-50000، الإنتاني: 50000 - < 100000.

162. ما العوامل التي تشير إلى سير أكثر شدة لالتهاب المفاصل الرثياني؟
المستضد DR4، RF مرتفع جداً، أعراض بنوية، البدء مختل، الظهور الباكر للعقيدات الرثيانية.

163. هل تُصاب المفاصل بشكل متناظر أم غير متناظر في الداء الرثياني؟
إصابة متناظرة.

164. أيّ مفاصل اليدين لا تُصاب في الداء الرثياني؟
المفاصل بين السلامية البعيدة DIP.

165. سمّ طريقتين لكيسة بيكر يمكن أن تقلد بهما التهاب الأوردة؟
يمكن لكيسة بيكر أن تسبب ربلية متورمة، وأحياناً انضغاطاً وريدياً خارجياً.

166. إذا وجدت صدفة أن مريض داء رثياني وبدون أي عيب عصبي المنشأ لديه تحت خلع C1-2 بمقدار 5 ملم على الصورة الشعاعية الجانبية للعمود الرقبي بالعطف، ما الذي يتوجب عليك إجراؤه؟
لا شيء.

167. في الحالات الثلاثة التالية، أي منها يصيب مفاصل العمود القطني والعجزي الأول: الداء الرثياني، التهاب الفقار المقسط، التهاب المفاصل الصدائي؟
التهاب الفقار المقسط والتهاب المفاصل الصدائي.

168. سمّ تظاهرات الداء الرثياني خارج المفصالية الشائعة التي تصيب المناطق التالية: القلب، الكلية، الرئة، الدم، العصب.
القلب: التهاب التامور والتهاب العضلة القلبية. الكلية: داء الكلية المرتبط بالأدوية و(بدء متأخر) لداء الكلية النشواني. الرئة: عادةً التهاب جنب مع انصباب. الدم: فقر الدم بسبب المرض المزمن. العصب: التهاب العصب الوحيد المتعدد (عادة هبوط قدم أو معصم).

169. أيّ الأدوية المستعملة لعلاج الداء الرثياني يمكن أن تسبب نقص

كريات بيض؟ انسهماً كلويًا؟ التهاب رئئاً؟ إسهالاً؟ اعتلال شبكية؟
نقص كريات بيض، سميّة كلوية، التهاب رئئاً: الذهب، البنسلامين،
ميثوتريكسات (MTX). الإسهال: الذهب فموياً. اعتلال الشبكية:
هيدروكسي كلوروكين.

170. أي زمرة من السلفاسلازين هي المكون الأساسي في معالجة الداء

الرثياني؟ أي زمرة فعالة في معالجة التهاب الكولون القرحي؟
سلفاسلازين يتقوض إلى مكونين في الأمعاء: سلفابيريدين (SP)
و 5- أمينوساليسليك أسيد (5-ASA). جزء الـ (SP) هو المكونة
الفعالة في علاج الداء الرثياني، وجزء (5-ASA) هو الفعال في علاج
التهاب الكولون القرحي UC.

171. في أي من اعتلالات المفاصل سلبية المصل (RF سلبي) تحدث

الأصابع نقانقية الشكل؟

الأصابع النقانقية شائعة في التهاب الفقار المقسط، متلازمة
رايتر، والتهاب المفاصل الصدائي.

172. مريض لديه التهاب مفصل عجزي حرقفي عرضي، ما هو

احتمال إيجابية HLA-B27 لديه؟ وما المشاكل البصرية التي
يجب عليك أن تكون متأكدًا من نفيها؟

على الأقل 60% (95% في التهاب الفقار المقسط و 60% في
اعتلال المفاصل المزمن الشبابي، والتهاب المفاصل الصدائي وفي
IBD). استبعد التهاب العنبة.

173. ما هي ثلاثية الموجودات الكلاسيكية في متلازمة رايتر؟

التهاب إحليل غير نوعي، التهاب ملتحمة، والتهاب مفاصل (غير
متناظر). يمكن أن يحصل لدى مرضى رايتر طفح، يسمى تقرن الجلد
السيلاني، حيث توجد آفات جلدية شبيهة جداً بالصداف البثري.

174. ما هي الجراثيم التي تسبب أخماج السبيل الهضمي المشاهدة

بشكل شائع في التهاب المفاصل الارتكاسي؟

سالمونيللا، شيغلا، يرسينيا، كلبيسيلا، الكامبيلوباكتر.

175. كيف يختلف اعتلال المفاصل المعوي عن التهاب المفاصل الارتكاسي؟

يتوافق اعتلال المفاصل المعوي مع هجمات الـ IBD، ويمكن أيضاً
أن يحصل لدى هؤلاء المرضى حمى عقدة أو تقيح جلد مواتي.

176. ما الأدوية التي تميل إلى تحريض الصداف؟

حاصرات β ، هيدروكسي كلوروكين.

177. إذا كان لدى المريض أظافر متنقرة والتهاب مفاصل يتضمن المفاصل

بين السلامية القاصية لليدين، ما هو التشخيص المحتمل؟
التهاب المفاصل الصدائي. يحصل لدى المرضى أيضاً أصابع
نقائنية الشكل كما في متلازمة رايتير والتهاب الفقار المقسط.

178. إذا أظهر مريض التهاب مفاصل مع قصة حمى مرتفعة ومتكررة
ومتزامنة مع طفح بقعي سريع التلاشي Evanescent، ما هو
التشخيص المحتمل؟

داء ستيل.

179. أبدى مريض عمره 20 عاماً قصة انصباب ركبة ناكس. بزلت المفصل

وحصلت على سائل مصطبغ قاتم. ما الاضطراب الذي تشك به؟
التهاب الغشاء الزليل العقدي الزغابي المصطبغ. المعالجة
باستئصال الغشاء الزليل أو التشيع للحالات الناكسة.

180. كيف تتميز بلورات حمض البول عن بلورات بيروفوسفات
الكالسيوم تحت الضوء المستقطب؟

تكون بلورات البولات إبرية الشكل وتمتلك انكساراً مضاعفاً
سلبياً بشدة تحت ضوء المجهر المستقطب. تكون بلورات CPPD
مثلمة، معينة وتبدي انكساراً مضاعفاً إيجابياً بشكل ضعيف (بلورات
البولات سوف تكون صفراء نيرة عند موازاة محور المكثف. بينما
بلورات CPPD ستكون زرقاء باهتة عند موازاته).

181. أي الأدوية المضادة للنقرس يتوجب عدم إعطاؤها خلال النوبة الحادة؟
الألوبيورينول، يمكن أن يطيل النوبة الحادة.

182. أي دواء مضاد للنقرس يُستعمل في حال كان لدى المريض وظيفة
كلوية ضعيفة؟

الألوبيورينول – بجرعة أقل.

183. ما الأمراض التي تميل لأن تسبب مرض CPPD؟

يترافق مرض CPPD مع أمراض مثل الهيموكروماتوز، قصور
الدرق، وفرط نشاط جارات الدرغ.

184. بعد سحب رشافة مفصل، لماذا يتوجب فحصها بسرعة قدر
الإمكان للبحث عن البلورات؟

بلورات CPPD تتحل وتغير انكسارها المضاعف عندما تُخزن
(أكثر من 12-24 ساعة).

185. مريض لديه ألم كتف شديد، وعلى الصورة الشعاعية يشاهد تكلس حول المفصل. وُضع المريض على NSAIDs، وبعد أسبوع المريض غير عرضي والصورة الشعاعية للكتف طبيعية. ماذا كان السبب المحتمل لألم الكتف؟
التهاب ما حول المفصل بالهيدروكسي أباتيت.

186. ما هي متلازمة كتف ميلواكي؟
هي شكل آخر من النقرس الكاذب حيث يوجد كلاس غضروفي مع CPPD وبلورات هيدروكسي الأباتيت متجمعة على شكل "كرة الثلج". هنالك أيضاً حدثية ارتشافية شديدة للعظم وانحلال المحفظة الزليلية والأربطة متضمنة الكم المدور.

187. ما هو السبب الأشيع لالتهاب المفاصل الالتهابي في مريض RA؟
وفي مريض مع فقر دم منجلي SS؟
RA : العنقوديات المذهبة، SS: السالمونيللا.

188. ما هي أسباب الإيجابية المصلية الكاذبة لداء لايم؟
يمكن أن تنتج إيجابية لايم المصلية الكاذبة عن RA، SLE، حمى الجبال الصخرية المبقعة، وأمراض ملتويات أخرى (السفلس وداء البريميات).

189. ما هي الفحوص البولية والمصلية المرتفعة في داء باجيت؟
الفسفاتاز القلوية المصلية، هيدروكسي برولين البول.

190. كيف تختلف اليبوسة الصباحية في التهاب المفاصل الرثياني عن تلك في التهاب المفاصل التنكسي؟
في الداء التنكسي: اليبوسة الصباحية > 30 دقيقة، في الداء الرثياني: 45 دقيقة حتى عدة ساعات.





الألم الليفي العضلي

2

2

1. امرأة عمرها 44 عاماً تشكو من آلام عضلية منتشرة مع التعب الشديد. يوجد لدى المريضة يبوسة صباحية مع ألم في كل المفاصل خاصة الرسغين والمرفقين والكتفين والوركين والركبتين والعنق. تذكر المريضة أنها لا تنام جيداً أثناء الليل وأن أعراضها ازدادت بشكلٍ مترقٍ منذ 4 سنوات. بالفحص السريري يوجد عند المريضة 13 نقطة مؤلمة في المرفقين والركبتين والكتفين والوركين.

أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

A. الآلام العضلية المتعددة الرثوية.

B. متلازمة الألم العضلي الليفي.

C. التهاب المفاصل الرثياني.

D. صلابة الجلد.

E. التهاب العضلات العديد.

الجواب: B.

■ التعليق: أظهرت القصة المرضية والفحص السريري عند هذه المريضة وجود نقاط إيلام Tender Points وهذا ما يجعل متلازمة الألم العضلي الليفي Fibromyalgia Syndrome هي التشخيص الأرجح. تحدث هذه المتلازمة بشكل رئيسي عند النساء وقد تحرضها أو تزيد شدتها الشدات الفيزيائية أو الفكرية وقلة النوم والرضوض والتعرض للرطوبة والبرد. تشتكي المريضة عادة من الأرق وسهولة التعب والآلام العضلية الهيكلية المعممة مع مضمض وصلابة العضلات ومناطق ارتكاز الأوتار والبنى النسيجية الرخوة القريبة. وهناك نقاط إيلام متناظرة (تصل حتى 18 نقطة) تحدث في نفس المواقع عند كل المريضات. تكون الفحوص المخبرية طبيعية في متلازمة الألم الليفي العضلي البدئية.

2. امرأة عمرها 75 عاماً تعاني من آلام عضلية مع الوهن Malaise منذ عدة شهور. تذكر المريضة حدوث يبوسة صباحية لمدة ساعة واحدة يومياً في الرقبة والكتف والورك مع حدوث حمى خفيفة غالباً، وتذكر المريضة أن وزنها قد نقص حوالي 3.6 كغ خلال هذه الفترة. أظهر الفحص العصبي سلامة الحس والقوة والمنعكسات. اختر تشخيصاً واحداً.

- A. التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis.
 B. التهاب العضلات العديد Polymyositis.
 C. الآلام العضلية الرثوية المتعددة.
 D. متلازمة فيلتي Felty Syndrome.
 E. صلابة الجلد Scleroderma.

الجواب: C.

■ التعليق: تصيب الآلام العضلية الرثوية المتعددة Polymyalgia Rheumatica الأشخاص فوق عمر 50 عاماً، ويتظاهر المرضى بفقدان الوزن والتعب الشديد والألم واليبوسة في العنق والكتفين والفخذين والوركين ويكون الفحص السريري بشكل وصفي طبيعياً. قد يشاهد التهاب الشريان الصدغي Temporal Arteritis عند المرضى المصابين بالآلام العضلية الرثوية المتعددة ويجب دوماً نفي وجوده. إن التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis مرض مناعي ذاتي يسبب حدوث ضعف في العضلات القريبة مع إصابة الجلد. أما التهاب العضلات العديد Polymyositis فلا يصيب الجلد. إن متلازمة فيلتي Felty Syndrome هي حدوث ضخامة طحالية مع نقص المعتدلات عند مرضى التهاب المفاصل الرثياني.

3. في متلازمة ألم الليف العضلي كل مايلي صحيح ماعدا:

- A. من النقاط الألمية: خلف المدور الكبير والأليوية والقذالية.
 B. أقل شيوعاً عن الرجال منها عند النساء.
 C. تترافق مع كآبة وقلق.
 D. اضطراب حركات العين السريعة.

الجواب: D.

■ التعليق: النوم العميق مضطرب وليس حركات العين.

4. الخطأ في متلازمة الألم الليفي العضلي (أكثر من إجابة):
- A. يشخص المرض بناء على إيجابية 11 من أصل 18 نقطة ألمية محددة وألم منتشر لمدة تزيد عن ثلاثة أشهر.
- B. يصاب الذكور في أواسط العمر أكثر من النساء.
- C. ارتفاع الخمائر العضلية.
- D. يترافق المرض مع القلق والكآبة في كثير من الحالات.
- E. يضطرب طور حركات العين السريعة للنوم عند كثير من المرضى.

2

الجواب: B، C.

5. مريضة 45 سنة تشكو من آلام عضلية مفصلية معممة تزداد بالبرد. الفحص السريري سوي باستثناء وجود عدة نقاط مؤلمة حول المفصل وعند مرتكزات الأوتار. اختر التشخيص المحتمل:
- A. ألم الليف العضلي.
- B. تصلب الجلد.
- C. الداء الرثياني.
- D. ذأب حمامي جهازي.

الجواب: A.

6. مريضة بدينة 40 سنة مكتئبة تشكو من ألم في الرقبة والكتفين، سرعة التنفّل لديها 25 ملم/ساعة وحمض البول 7.2. التشخيص الأكثر احتمالاً:
- A. الداء الرثياني.
- B. النقرس.
- C. التهاب المفاصل التنكسي في العمود الرقبي.
- D. التهاب الليف العضلي.

الجواب: D.

أسئلة بدون خيارات

1. ما هو ألم الليف العضلي (FM) Fibromyalgia؟
ألم الليف العضلي (FM) Fibromyalgia هو اضطراب غير التهابي مرتبط بشكل أكثر احتمالاً بسوء وظيفة النواقل العصبية.
2. ما هي أعراض ألم الليف العضلي؟
يشكو المرضى من يبوسة وآلام عضلية منتشرة (عادة طوال اليوم)، مع تعب شديد ونوم غير مريح.
3. ما هي نقاط الإيلام التي يجب البحث عنها عند مرضى ألم الليف العضلي؟
A. مرتكز عضلات العنق على القذال.
B. العضلة الصدرية عند الاتصال الضلعي الغضروفي.
C. تماماً خلف المدور الكبير (الورك).
D. المنطقة الإليوية العلوية.
E. منطقة منتصف الكتف.
F. أعلى منتصف العضلة شبه المنحرفة.
G. تماماً أسفل اللقيمة الوحشية للعضد.
H. أنسي الركبة.
I. أسفل الرقبة - أمام الفقرات C5-C7.
4. ما الفرق بين الألم اللفائي العضلي وألم الليف العضلي؟
يختلف الألم اللفائي العضلي عن ألم الليف العضلي بكون مشكلة الألم موضعية (مثل ألم العنق المزمن بعد وطي العنق (Whiplash)، وتؤدي كذلك نقاط التحريض إلى ألم في عضلة مجاورة والتي تكون بعيدة نوعاً ما عن نقطة التحريض ذاتها.
5. مم تتألف معالجة ألم الليف العضلي؟
تتألف المعالجة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أو مركبات البريفالابالين Pregabalin كجرعات مسائية مع مسكنات الألم مثل الترامادول في النهار وفي حالات قليلة يمكن لمشاركة مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs أن تكون مفيدة كما أن جلسات العلاج الفيزيائي قد تخفف الأعراض.





أمراض العظام

3

3

1. طفل عمره 17 شهراً لديه قصة كسور متعددة بسبب هشاشة عظامه "Brittle Bones". الطفل قصير القامة ولديه جمجمة مشوهة. الفحص السريري طبيعي عدا وجود الصلبة الزرقاء Blue Sclerae. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- A. تخلخل العظام Osteoporosis.
B. الودانة "عدم تكون الغضروف" Achondroplasia.
C. تلين العظام Osteomalacia.
D. التهاب العظم المشوه Osteitis Deformans.
E. تكون العظم الناقص Osteogenesis Imperfecta.

الجواب: E.

■ **التعليق:** تكوّن العظم الناقص Osteogenesis Imperfecta أو داء لوبيشتاين مرض وراثي يورث كصفة جسمية سائدة يتميز بعظام هشّة ويؤدي غالباً إلى كسور متعددة. تشمل التظاهرات الأخرى الصلبة الزرقاء والقامة القصيرة والجمجمة المشوهة وفقدان السمع وتشوهات الأسنان. أما تلين العظام Osteomalacia (الخرع Rickets عند الأطفال) فهو اضطراب ناجم عن خلل تمعدن Mineralization الملائم Matrix العضوي في الهيكل العظمي وينجم عن الوارد غير الكافي أو الاستقلاب غير الطبيعي للفيتامين D أو خلل في مستقبلات الفيتامين D. يؤدي تلين العظام إلى اضطرابات النمو والضعف والاستعداد للإصابة بالكسور والتشوهات الهيكلية لكن لا يصيب هذا الداء العينين. ينجم داء باجيت في العظام Paget's Disease أو التهاب العظم المشوه Osteitis Deformans شذوذ في البناء العظمي يجتمع فيه تسارع عملية إعادة البناء العظمي مع فرط التوعية الدموية العظمية

وتليف النقي. تتظاهر الإصابة بعد سن الأربعين بحدوث تورم أو تشوه في أحد العظام الطويلة أو تتظاهر بتشوه في الجمجمة. تتجم الودانة (عدم تكون الغضروف Achondroplasia) عن نقص تكاثر الغضروف في صفيحة النمو Growth Plate وتؤدي لحدوث القزامة Dwarfism.

2. تنقص الكثافة العظمية في الأمراض التالية عدا:

- A. تلين العظام.
 - B. ترقق العظام.
 - C. فرط الدريقات.
 - D. داء باجيت العظمي.
 - E. الحثل العظمي الكلوي.
- الجواب: D.

■ التعليق: حيث تزداد الكثافة العظمية بداء باجيت.

3. كل ما يلي من العناصر الوصفية لترقق العظام البدئي عدا:

- A. اشتداد ألم الانهدام الفقري الترققي أثناء الحركة.
 - B. غياب الاختلاطات العصبية.
 - C. ارتفاع في سرعة التنفل.
 - D. صفات متجانسة لنقص الكثافة.
 - E. سلامة الأقواس الخلفية لل فقرات.
- الجواب: C.

■ التعليق: حيث تبقى سرعة التنفل طبيعية.

4. كل ما يلي صحيح فيما يخص الانهدام الفقري الترققي البدئي عدا:

- A. غالباً ما يحدث الانهدام الأول بالفقرة الظهرية 12 أو القطنية 1.
- B. تأخذ الفقرة المنهدمة بالمراحل النهائية شكل القرص.
- C. لا يشمل الانهدام الفقري النموذجي الأقواس الخلفية.
- D. تكثر الاختلاطات العصبية بالانهدام الفقري الأول.
- E. يتم التمعدن خلال الفترة الزمنية اللازمة للعظم الطبيعي.

الجواب: D.

■ التعليق: لا يوجد انضغاطات عصبية بالترقق.

5. كل مما يلي صحيح فيما يخص تلين العظام عدا:

- A. تكون الخسارة العظمية على حساب المادة المعدنية.
- B. مرتبط في أغلب الحالات بعوز الـ Vitamin D.
- C. من أسباب تلين العظام السمي الفلور والبيفوسفونات والأنيوم.
- D. تكثر الألام العظمية بمكان الشقوق.
- E. يترافق التلين بفرط كلس البول.

الجواب: E.

3

■ التعليق: يترافق التلين بنقص في كلس البول.

6. كل ما يلي صحيح بتلين العظام عدا:

- A. يكون الوهن شديداً بمراحل المرض المتقدمة.
- B. يأخذ الصدر شكل الجرس.
- C. يكون عيار الفيتامين D مرتفعاً.
- D. يكون كلس الدم ناقصاً.
- E. يكون كلس البول ناقصاً.

الجواب: C.

■ التعليق: يكون عيار الفيتامين D بالبول ناقصاً وهو آخر ما يصحح بالعلاج بعد غياب الأعراض وعودة كلس الدم.

7. كل ما يلي صحيح بترقق العظام البدئي عدا:

- A. يكون كلس الدم ضمن الحدود الطبيعية.
- B. تكون الفوسفاتاز القلوية ضمن الحدود الطبيعية.
- C. يكون كلس البول طبيعي.
- D. تكون الـ T.Score بين الـ -1 والـ +1 حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية.
- E. رحلان البروتينات ضمن الطبيعي.

الجواب: D.

■ التعليق: تتجاوز الـ T.Score بالترقق الـ -2.5 انحراف معياري.

8. كل ما يلي صحيح فيما يخص خطوط لوزير ميلكمان بتلين العظام عدا:

- A. عبارة عن شريط شفاف شعاعياً، مواز لمحور جسم العظم الطويل.
- B. يكون هذا الشريط محاطاً بكثافة شعاعية على جانبيه.
- C. غالباً ما تكون الشقوق أو الخطوط ثنائية الجانب ومتناظرة.
- D. تشاهد بشكل اعتيادي أعلى وأسفل المدور الصغير.
- E. وعلى الحافة الحرقفية والحرقفية العجزية، وكذلك على الأضلاع.

الجواب: A

■ التعليق: لأن الخطوط عمودية على محور جسم العظم الطويل.

9. كل مما يلي صحيح فيما يخص هرمون الدريقات عدا:

- A. هو الهرمون الراجع لكلس الدم.
- B. يحث عملية الارتشاف العظمي.
- C. يقوم بتفعيل الكاسرات.
- D. ينقص عودة الامتصاص الأنبوبي للكلس.
- E. يساعد على إدخال جذر الهيدروكسي (OH) في المقام 1 للـ Vitamine D-(OH)-25.

الجواب: D

■ التعليق: لأن الهرمون ينقص الامتصاص الأنبوبي للفوسفور ويزيد امتصاص الكلس.

10. كل ما يلي صحيح فيما يخص ترقق العظام عدا:

- A. يصيب من 30 إلى 40% من النساء بالمرحلة التي تلي سن اليأس.
- B. أكثر من نصف النساء اللواتي تجاوزن سن الـ 75 سنة لديهن ترقق عظام منتشر.
- C. تبدأ الأعراض السريرية مع بداية نقص الكثافة العظمية.
- D. يحدث الانهدام الفقري الترقطي الأول غالباً بالوصل الظهرى القطني.
- E. لا يوجد انهدام فقري بترقق العظام فوق الفقرة ظ 6.

الجواب: C

■ التعليق: مرض صامت حيث يبقى الترقق بدون أعراض طوال الفترة السابقة لحدوث الكسور.

11. كل مما يلي صحيح في تلين العظام عدا:

- A. غالباً ما يكون الوهن شديداً بتلين العظام بمراحله المتقدمة.
- B. يكون أحياناً مسؤول عن إعاقة وظيفية شديدة.
- C. يأخذ الصدر شكل الجرس.
- D. يأخذ القسم المتوسط من الأقواس الضلعية وضعاً أفقياً بمراحل المرض المتقدمة.
- E. قياس الكثافة العظمية يوضح انخفاض شديد في الكتلة العظمية.

الجواب: D

3

■ التعليق: يأخذ القسم المتوسط من الأقواس الضلعية وضعاً شاقولياً بمراحل المرض المتقدمة.

12. كل ما يلي صحيح فيما يخص تصنيع الفيتامين D عدا:

- A. يستطيع الجلد تصنيع الفيتامين D2 أو الإرغوكالسيفيرول.
- B. تبدأ عملية التصنيع اعتباراً من 7dehydrocholesterol.
- C. ثم تتم عملية هدراسة الفيتامين D في الكبد.
- D. ثم تحدث عملية هدراسة ثانية في الكلى مؤدية لظهور 1-25 دي هيدروكسي فيتامين د.
- E. يختزن الفيتامين د في الكبد والنسيج الشحمي.

الجواب: A

■ التعليق: لأن الـ D2 مصدره نباتي ويصنع بالنبات.

13. أهم وسيلة استقصائية لتحديد الكتلة العظمية عند مرضى

ترقق العظام هي:

- A. ومضان العظام.
- B. الصور الشعاعية البسيطة.
- C. المرنان.
- D. قياس الكثافة العظمية.
- E. الطبقي المحوري الحلزوني.

الجواب: D

14. أي من السرطانات التالية هو الأقل انتقالاً إلى العظام؟

- A. الثدي.
- B. الرئة.
- C. الدرق.
- D. الكولون.
- E. الكلية.

الجواب: D.

15. سيدة 60 سنة تشكو من آلام ظهرية مزمنة، لا توجد بالفحص

السريري أي علامات شاذة باستثناء مضض خفيف معمم في الفقرات. مخبرياً: سرعة التثفل طبيعية، الفوسفور 3 ملغ/100 مل، الفوسفاتاز القلبية سوية. التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. فرط نشاط جارات الدرق.
- B. تلين عظام.
- C. فتق نواة لبيبة.
- D. تخلص عظام.

الجواب: D.

16. من العوامل المؤهبة لتخلص العظام (إجابة واحدة خاطئة):

- A. نقص الفعاليات الفيزيائية وحالات التثبيت الجديد.
- B. قصور الأضداد في كلا الجنسين.
- C. العرق الأسود أكثر عرضة لتخلص العظام.
- D. الكحولية والتدخين.

الجواب: C.

17. كل ما يلي من العوامل المؤهبة لتخلص العظام عدا:

- A. الضهي المبكر.
- B. غياب الفعالية الفيزيائية.
- C. البدانة.
- D. الكحول.
- E. الغذاء مرتفع البروتين.

الجواب: C.

18. رجل عمره 50 سنة يشكو من ألم بالظهر ووهن وفقر دم، مخبرياً كان لديه ما يلي: ESR ↑، و CRP و ALKPH طبيعي. التشخيص:

- A. التهاب العظم الليفي الكيسي.
- B. ورم نقوي.
- C. تلين عظام.
- D. تخلخل عظام.

الجواب: B.

3

19. في داء لوبيشتاين (إجابة واحدة خاطئة):

- A. الصلبة الزرقاء إصابة شائعة.
- B. صمم غير ثابت وتطوره متأخر.
- C. تشوه في العظام الطويلة فقط.
- D. الكسور علامة منذرة بحدوث المرض.

الجواب: C.

20. مريضة عديدة ولادات تشكو من آلام معممة في العمود الفقري وصعوبة في النهوض من وضعية القرفصاء، الصورة البسيطة تبدي تجانساً في العمود الفقري والمفصلين الحرقفيين، كلس الدم طبيعي أو ناقص قليلاً، الفوسفور 1.8، الفوسفاتاز القلوية مرتفعة 5 أضعاف. التشخيص الأنسب:

- A. تخلخل العظام.
- B. تلين العظام.
- C. داء باجيت.
- D. سرطان انتقالي.

الجواب: B.

21. كل ما يلي صحيح فيما يخص الفيتامين D عدا:

- A. يزيد من عودة امتصاص الكلس والفوسفور من الكلى.
- B. ضروري لعملية امتصاص الكلس من الأمعاء.
- C. يخزن الفيتامين D في الكبد والنسيج الشحمي.
- D. يستطيع الجلد تصنيعه من 7 دي هيدروكولسترول.
- E. يعتبر من الفيتامينات المنحلة بالماء.

الجواب: E.

22. مريضة تشكو من نقص كثافة عظمية معممة، كل ما يلي يمكن أن

يكون صحيحاً عدا:

A. تخلخل.

B. تلين.

C. خباثات.

D. داء تنكسي معمم "فضال عظمي".

E. ورم نقوي عديد.

الجواب: D.

23. طفل عمره 5 سنوات عنده تأخر نمو وكسور عفوية متكررة في

العظام وتبدلات مرضية في الأسنان (أسنان هشّة). التشخيص

التفريقي يشمل كل ما يلي عدا:

A. داء التعظم الناقص Osteogenesis imperfecta.

B. قصور في الغدة الدرقية.

C. وهن (ترقق) العظام.

D. خرع.

الجواب: C.

24. طفل عمره 9 سنوات شخص له مرض اعتلال عظمي مصلب

وراثي موضع. كل ما يلي صحيح في هذا المرض عدا:

A. يكثر حدوثه عند الذكور.

B. مرض وراثي انتقاله جسي قاهر.

C. اكتشافه مبكر.

D. تطوره سليم ويكشف بالمصادفة.

الجواب: C.

25. شكت سيدة 65 سنة من آلام قطنية حادة مفاجئة. كانت لديها

قصة ضهي بعمر 45 سنة، كما كان لديها ربو منذ سنوات عديدة

عولج لفترات طويلة بالستيروئيدات القشرية. في هذه المريضة

كل المظاهر الشعاعية التالية قد تشاهد عدا:

A. انهدام الفقرة القطنية الأولى.

B. نقص كثافة شعاعي معمم.

C. ارتشاف العظم تحت السمحاق في صور اليدين.

D. زيادة وضوح حواف الفقرات.

E. فقرات مقعرة الوجهين.

الجواب: C.

26. سيدة 40 سنة لديها قصة إسهالات مزمنة تشكو منذ عدة أشهر من آلام عظمية معممة وخاصة في ناحية الوركين مع انتشار على الوجه الأمامي للضخذ. أظهر الفحص السريري وجود ضعف في عضلات الزنار الحوضي. الخماثر العضلية سوية. يتوقع مشاهدة الموجودات المخبرية التالية عند هذه المريضة عدا:

- A. كلس الدم طبيعي.
- B. كلس الدم ناقص.
- C. فوسفور الدم ناقص.
- D. الفوسفاتاز القلوية منخفضة.
- E. كلس البول ناقص.

3

الجواب: D.

27. شكا مريض 70 سنة من ألم ويبوسة في مفصل الورك الأيمن منذ عدة أشهر. أصيب مؤخراً بنقص في السمع، كما لاحظ زيادة في مقاس قبعته. مخبرياً لوحظ لديه ارتفاع في الفوسفاتاز القلوية، أما كلس وفوسفور الدم وسرعة التثفل فكانت جميعها ضمن الحدود السوية. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. تلين عظام.
- B. داء باجيت.
- C. ورم نقوي متعدد.
- D. انتقالات من سرطان بروسات.

الجواب: B.

28. سيدة 50 سنة تشكو من سهاف وبوال مع آلام عظمية، تبين بالفحص المخبري أن كلس الدم (12.5 ملغ/دل) مع ارتفاع مقادير هرمون جارات الدرق. ما هي العلامة الشعاعية الأقل توقعاً في هذه المريضة:

- A. نقص تكلس شعاعي معمم.
- B. مناطق الكسور الكاذبة (لوزرميلكمان).
- C. ارتشاف العظم تحت السمحاق في صور اليدين.
- D. ارتشاف النهاية البعيدة للترقوة.

الجواب: B.

29. كل الأدوية التالية يمكن أن تستعمل في علاج ترقق العظام عدا:

A. الكلس والفيتامين D.

B. الرالوكسيفين Raloxifene.

C. أملاح الألمنيوم.

D. البيفوسفونات.

E. الكالسيتونين.

الجواب: C.

30. جميع الحالات المرضية التالية تترافق بضرط في كلس الدم، ولكن

أي منها يترافق أيضاً مع فوسفور دم مقداره (2.1 ملغ/دل):

A. فرط نشاط جارات الدرغ.

B. الورم النقوي المتعدد.

C. الانسمام بالفيتامين د.

D. الانتقالات الخبيثة للعظام.

الجواب: A.

31. عندما يقوم الجسم بتصنيع الفيتامين د، فإن عمل الأشعة فوق

البنفسجية يسمح بتحويل أي مما يلي:

A. من الـ 25 هيدروكسي كولي كالسيفيرول إلى 1-25

هيدروكسي كولي كالسيفيرول.

B. من الـ 7 دي هيدروكولسترول إلى كولي كالسيفيرول.

C. من الـ 25 هيدروكسي كولي كالسيفيرول إلى 24-25

هيدروكسي كولي كالسيفيرول.

D. من الكولسترول إلى الـ 7 دي هيدروكولسترول.

الجواب: B.

32. مريض 65 سنة شاحب، يشكو من آلام فقارية شديدة مع نقص

وزن ونقص شهية، أبدت صورة العمود الظهري انهداماً فقرياً في

الفقرة الظهرية الرابعة مع نقص تكلس شعاعي معمم. ما هو

التشخيص الأكثر احتمالاً في هذا المريض:

A. تخلخل عظام.

B. تلين عظام.

C. نقائل عظمية.

D. فرط نشاط جارات الدرغ.

الجواب: C.

33. طفل 10 سنوات لديه قصور كلوي مزمن، أظهرت صورة اليدين والمعصمين الشعاعية وجود مشاش عريضة متسعة وغير منتظمة مع نقص تكلس شعاعي معمم. ما هو الانطباع السريري الأكثر احتمالاً؟

- A. قصور كلوي مزمن اختلط بتخلخل عظام.
 - B. قصور كلوي اختلط بتلين عظام.
 - C. التهاب عظم كيسي ليفي مرافق.
 - D. أذية عظمية جديدة ليس لها علاقة بالمرض الأصلي.
- الجواب: B.

3

34. شكا رجل 63 عاماً من ألم قطني مستمر يمنعه من النوم مع قصة نقص وزن ونقص شهية. منذ شهر وجد لديه فقر دم. سرعة التثقل لديه كانت 110 مل في الساعة الأولى وكلس الدم 11 ملغ/دل، والفسفور طبيعي. التشخيص الأقرب هو:

- A. داء بوت.
 - B. إنتان بالبروسيل.
 - C. الورم النقوي العديد.
 - D. تلين عظام.
 - E. تخلخل عظام.
- الجواب: C.

35. كل ما يلي يشاهد في داء التعظم الناقص عدا:

- A. اندمال معيب.
 - B. كسور بعنق الفخذ.
 - C. صمم.
 - D. صلابة زرقاء.
- الجواب: A.

36. كل ما يلي صحيح فيما يخص الكالسيوم عدا:

- A. يفرز من الخلايا C في جسم الدرق.
 - B. ينقص كلس الدم.
 - C. ينقص بوتاسيوم الدم.
 - D. يزيد الارتشاف العظمي.
 - E. يزيد من طرح الكلس بالبول.
- الجواب: D.

37. سيدة 45 سنة تشكو من إسهالات مزمنة وآلام هيكلية وصعوبة

بالنهوض من الاضطجاع ومن وضعية القرفصاء. الفحوص
المخبرية كشفت انخفاضاً في فوسفور وكلس الدم. العلاج الأمثل:

A. الإستروجينات.

B. فلور الصوديوم.

C. الكلس + الفيتامين D.

D. علاج التدرن.

E. البيفوسفونات.

الجواب: C.

38. مريضة 60 سنة تشكو من آلام قطنية معممة فجأة شكت من ألم

أسفل الظهر ينتشر للخاصرتين. أكثر ما تشاهد شعاعياً:

A. انهدام الفقرات القطنية.

B. انهدام فقرة رقبية.

C. التهاب القرص الفقري.

D. انضغاط جذري.

E. فتق نواة لبية.

الجواب: A.

39. في داء بهجت يمكن مشاهدة كل مما يلي عدا:

A. قلاع تناسلي ناكس.

B. الزمرة النسيجية غالباً HLA-B15.

C. اندفاعات بثرية شبيهة بالعد.

D. حمامى عقدة في الساقين.

E. التهاب وريد خثري ناكس.

الجواب: B.

40. من التظاهرات الجلدية النوعية لداء بهجت (إجابة واحدة

صحيحة):

A. الحمامى العقدة.

B. القلاع الفموي التناسلي.

C. التهاب الوريد الخثري السطحي.

D. التهاب الأجرية الشعرية الجلدية الكاذب.

E. طفح جلدي حويصلي، أرجية متعددة.

الجواب: B.

41. كل ما يلي يتوافق مع تلين العظام عدا:

- A. عبارة عن اعتلال عظمي مهشش سليم.
- B. تكون الخسارة على حساب المادة المعدنية.
- C. مرتبط في أغلب الحالات بعوز الكلس.
- D. من أسباب تلين العظام السمي الفلور والبيفوسفونات والألمنيوم.
- E. تكون الآلام فيه عظمية وعضلية.

الجواب: C.

42. نلاحظ بترقق العظام البدئي:

- A. نقص شديد في كلس الدم.
 - B. تكون الفوسفاتاز القلوية طبيعية.
 - C. يكون كلس البول طبيعياً أو منخفضاً قليلاً بسبب السن.
 - D. تكون الكثافة العظمية ناقصة.
 - E. تكون نسبة مكونات النسيج العظمي لبعضها البعض طبيعية.
- الجواب: A.

43. من الأدوية الممكن استخدامها بترقق العظام (إجابة واحدة

خاطئة):

- A. الكلس والفيتامين د.
 - B. البيفوسفونات.
 - C. الميتوثريكسات.
 - D. الرولاكسيفين.
 - E. الريزدرونات.
- الجواب: C.

44. من الأمراض المحدثة لترقق العظام (إجابة واحدة خاطئة):

- A. أمراض بالغدد الصماوية (فرط الدرق).
 - B. أمراض استقلابية (الداء السكري).
 - C. أسباب دوائية (علاج بالهيبارين).
 - D. أسباب سمية (كحول وتدخين).
 - E. أسباب ميكانيكية (الحركة الزائدة والمديدة).
- الجواب: E.

45. حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية، كل ما يلي صحيح عدا:
- A. حالة عظم طبيعية تعني أن الـ T.score حتماً من 0 فما فوق.
- B. حالة فقر عظم تعني أن الـ T.score بين -1 و-2.5 انحراف معياري.
- C. حالة ترقق عظام تعني أن الـ T.score تتجاوز -2.5 انحراف معياري.
- D. حالة ترقق عظام شديد ومؤكد تعني أن الـ T.score تتجاوز -2.5 انحراف معياري، مع وجود كسر أو كسور عدة.
- الجواب: A.





مرض النسيج الضام

4

4

1. امرأة 34 عاماً مصابة ببدء كرون Crohn's Disease منذ 15 عاماً. راجعت الطبيب تشكو من ألم حاد في الركبة والكاحل الأيمنين. تذكر المريضة أن أعراضها الهضمية قد ساءت قبل عدة أيام من حدوث الأعراض المفصليّة. أظهرت الصور الشعاعية للركبة والكاحل المصابين وجود تورم في النسيج الرخو مع انصبابات صغيرة دون وجود تخرب عظمي. أي العبارات التالية صحيحة؟
- A. هذه المريضة سلبية HLA-B27.
- B. تعاني هذه المريضة من أشيع التظاهرات غير المعوية للداء المعوي الالتهابي.
- C. إن السيطرة على الأعراض المعوية يؤدي إلى زوال الالتهاب في مفصل الركبة والكاحل.
- D. سوف يتطور عند هذه المريضة تاكل وتخرب عظمي في الركبة والكاحل.
- E. تحتاج هذه المريضة إلى جرعة عالية من مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

الجواب: C.

■ التعليق: يمكن تذكر الأمراض المترافقة مع النمط النسيجي HLA-B27 بسهولة من خلال تذكر كلمة PAIR (الصداف Psoriasis والتهاب الفقار المقسط Ankylosing Spondylitis والداء المعوي الالتهابي Inflammatory Bowel Disease ومتلازمة رايتير Reiter Syndrome) وتدعى هذه الأمراض باعتلال المفاصل الفقارية سلبية المصل Seronegative Spondylarthropathies. يسبق حدوث متلازمة رايتير خمج جرثومي (البرسينيا، السالمونيلا، المكورات البنية) وهي ذات ترافقٍ عالٍ مع HLA-B27 الإيجابي.

أما التهاب الفقار المقسط فيترافق في 90% من الحالات مع HLA-B27 وبشكل عام تترافق متلازمة رايتير والداء المعوي الالتهابي في 80% من الحالات مع HLA-B27. قد يتطور عند المرضى المصابين بالداء المعوي الالتهابي (داء كرون Crohn's Disease والتهاب الكولون القرصي) التهاب مفاصل قليل العدد غير تآكلي Nonerosive يصيب المفاصل الكبيرة المحيطة وهو يزول عادةً بعد السيطرة على الأعراض المعدية المعوية. إن التهاب المفاصل هو ثاني أشيع التظاهرات خارج المعوية عند المرضى المصابين بالداء المعوي الالتهابي بعد فقر الدم (الذي يعتبر أشيع تظاهرة). يجب استخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية بحذر عند مرضى الداء المعوي الالتهابي.

2. أي من الأمور التالية يعتبر أحد معايير الذئبة الحمامية الأحمد

عشر التي نشرتها الكلية الأمريكية للأمراض الرئوية؟

- A. الحاصة Alopecia.
- B. القرحات الفموية.
- C. الآلام المفصلية.
- D. التهاب المفاصل التآكلي Erosive Arthritis.
- E. رهاب الضوء.
- F. فقر الدم الناجم عن المرض المزمن.

الجواب: B.

■ التعليق: إن معايير الذئبة الحمامية الجهازية التي وضعتها الكلية

الأمريكية للأمراض الرئوية (تحتاج 4 من أصل 11 معياراً: BRAIN SOAP M.D) هي كما يلي:

1. تظاهرات دموية Blood (فقر الدم الانحلالي أو نقص الصفيحات، أو نقص اللمفاويات).
2. تظاهرات كلوية Renal (بيلة بروتينية أو أسطوانات).
3. ANA (أضداد النواة).
4. تظاهرات مناعية Immunologic (إيجابية VDRL أو أضداد ds DNA أو أضداد sm).
5. تظاهرات عصبية Neurologic (اختلاجات أو نفاس Psychosis).

6. التهاب المصليات Serositis (التهاب التامور، التهاب الجنب).
7. قرحات فموية Oral Ulcers.
8. التهاب المفاصل Arthritis الذي يشمل أكثر من مفصلين ولا يكون التهاباً تآكلياً Nonerosive.
9. الحساسية الضيائية Photosensitivity.
10. الطفح الوجيه Malar Rash.
11. الطفح القرصي Discoid Rash.

الأسئلة (3-4):

اختر لكل مريض من المرضى التاليين المصابين بألم مفصلي التشخيص الأفضل.

- A. متلازمة بهجت.
 - B. الذئبة الحمامية المحرصة بالأدوية.
 - C. الذئبة الحمامية الجهازية.
 - D. التهاب الأوعية الخثري الساد thromboangiitis Obliterans.
3. رجل 69 عاماً يتناول الهيدروالازين بسبب إصابته بارتفاع التوتر الشرياني. يشكو من ألم مفصلي مع ألم صدري. وجد عند المريض بفحص القلب احتكاكات تامورية.
 4. امرأة 17 عاماً تشتكي من ألم كاحلي متقطع مع تورم الكاحل وحساسية ضيائية وقرحات فموية. بالفحص السريري المفاصل طبيعية مع سماع احتكاكات تامورية.

الأجوبة: (3: B)، (4: C).

■ التعليق: إن المريض المذكور في السؤال 3 مصاب بالذئبة الحمامية المحرصة بالأدوية Drug-Induced Lups. تشمل الأدوية التي قد تسبب الذئبة الديلانتين والبروكائيناميد والكينيدين والهيدروالازين والإيزونيازيد. يكون المرضى عادةً مسنين وتكون الإصابة الكلوية نادرة. أما المريضة الأخرى في السؤال 4 فلديها 4 معايير من معايير تشخيص الذئبة الحمامية الجهازية. إن متلازمة بهجت Behcet Syndrome اضطراب جهازى متعدد يصيب العينين ويسبب قرحات فموية تناسلية مؤلمة، كما يحدث فيه التهاب

مفاصل غير مشوه يصيب الركبتين والكاحلين. أما التهاب الأوعية الخثري السداد Obliterans Thromboangiitis أو داء برغر Buerger's Disease فهو مرض التهابي يصيب الأوعية المحيطية في الطرفين العلويين والسفليين عند الرجال المدخنين عادةً دون عمر 40 سنة. قد يشكي المريض من عرج في الطرف أو ظاهرة رينو. إن معالجة داء برغر هي التوقف عن التدخين.

5. أي من العبارات التالية المتعلقة بالفحوص المصلية في الـ SLE صحيحة؟

- A. إن إيجابية أضداد الـ ANA نوعية للـ SLE.
- B. مستوى أضداد الـ ds-DNA يرتبط مع فعالية المرض في الـ SLE.
- C. نادراً ما تكون أضداد الهستون إيجابية في الـ SLE غير المحرصة بالدواء.
- D. غالبية مرضى الـ SLE لديهم أضداد الـ SM.
- E. أضداد الـ RO نوعية للـ SLE.

الجواب: B.

6. قد تتميز الذئبة الحمامية الجهازية بكل ما يلي عدا:

- A. فقر دم انحلاي.
- B. طفح قرصي الشكل.
- C. التهاب المصلية.
- D. التهاب المفاصل التآكلي.
- E. النفس Psychosis.

الجواب: D.

7. أي من الأدوية التالية لا يترافق مع الذئبة الحمامية المحرصة بالأدوية؟

- A. الإيزونيازيد.
- B. البروبرانولول.
- C. الهيدرالازين.
- D. السيكلوسبورين.
- E. الكاربامازين.

الجواب: D.

8. كل ما يلي يفيد في تفريق الذئبة الحمامية الجهازية عن الداء

الرشثاني عدا:

- A. طفح فراشي على الخدين.
- B. بيبة بروتينية.
- C. حساسية ضيائية.
- D. ضخامة زليلية.
- E. حرارة مديدة.

الجواب: D.

4

9. فيما يتعلق بمتلازمة أهرلر دانلوس (إجابة واحدة خاطئة):

- A. هشاشة عظمية.
- B. فتوق ورتوج.
- C. رخاوة جلد مفرطة.
- D. فرط رخاوة مفصلية.

الجواب: A.

الأسئلة (10-13):

وافق ما يلي:

- 10. إجهاضات متكررة.
- 11. ذأب ولادي مع حصار قلب.
- 12. الذئبة الحمامية المحرصة بالأدوية.
- 13. الذئبة الحمامية الجهازية.

- A. أضداد الكاردوليوبين.
- B. أضداد الـ SCL-70.
- C. أضداد الـ SS/A.
- D. أضداد الهيستون.
- E. أضداد الـ SM.

الأجوبة: (10: A)، (11: C)، (12: D)، (13: E).

14. كل ما يلي من مميزات الذئبة الحمامية المحرصة بالأدوية عدا:

- A. لا توجد إصابة كلوية أو عصبية.
- B. المتممة تبقى سوية.
- C. أضداد الهيستون إيجابية.
- D. أضداد الـ ds-DNA إيجابية.
- E. تزول بعد شهر من إيقاف الدواء.

الجواب: D.

15. أي من الاضطرابات التالية لا يترافق مع هشاشة العظام؟

- A. ورم القواتم.
- B. ورم البرولاكتين Prolactinoma.
- C. متلازمة كوشينغ.
- D. متلازمة كلاينفلتر.
- E. داء غريف.

الجواب: D.

16. أي من الفحوص التالية هو نوعي لداء النسيج الضام المختلط:

- A. أضداد ds-DNA.
- B. أضداد ANA.
- C. أضداد الهيستون.
- D. أضداد U1-RNP.
- E. أضداد ANCA.

الجواب: D.

17. مريضة شابة مصابة بذئبة حمامية ولديها بقعة زائلة الأشعار

على الفروة. العلاج الأمثل:

- A. ميتيل بريدنيزولون.
- B. كلوروكين.
- C. ميثوتريكسات.
- D. سيكلوفوسفاميد.

الجواب: B.

18. مريضة مصابة بذئبة حمامية وتعالج بالميثوتريكسات والبريدنيزولون ظهر لديها سعال جاف وزلة جهدية. الإجراء الأمثل:

- A. إيقاف الميثوتريكسات.
- B. إيقاف البريدنيزولون.
- C. إيقاف كل الأدوية.
- D. كل ما سبق خطأ.

الجواب: A.

19. مريضة 50 سنة تعاني من صعوبة في تنظيف النوافذ العالية وصعود الدرج، ومن شحوب في اليدين ثم ازرقاق ثم احمرار، ولديها حمى وآلام مفاصل. كل ما يلي صحيح عدا:

- A. هذه القصة تتوافق مع ذئبة حمامية جهازية.
- B. عدم إصابة الكلية ينفي تشخيص الذئبة الحمامية الجهازية.
- C. قد نجد طفح حمامي على الوجه.
- D. قد نجد أضداد ال ANA.

الجواب: B.

20. أي الفحوص التالية أكثر حساسية في تشخيص الذئبة الحمامية الجهازية:

- A. أضداد ds-DNA.
- B. أضداد ANA.
- C. C3-C4.
- D. خلية الذئبة.

الجواب: B.

21. في الذئبة الحمامية يشاهد كل ما يلي عدا (أكثر من إجابة):

- A. فرغريات.
- B. تساقط أشعار.
- C. التهاب قزحية ناكس.
- D. حمامى عقدة.
- E. داء جوغرن.

الجواب: C, D.

22. بالنسبة لالتهاب التامور الذأبي كل مايلي صحيح ماعدا :

- A. شائع جداً.
 - B. غالباً غير عرضي.
 - C. يتطور بشكل حتمي نحو السطام.
 - D. تساهم الأمواج فوق الصوتية بتشخيصه.
 - E. قد يستجيب للعلاج بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- الجواب: C.

23. من معايير تشخيص الذئبة (إجابة واحدة خاطئة):

- A. قلاع فموي تناسلي.
 - B. ذئبة قرصية.
 - C. حساسية ضيائية.
 - D. التهاب مفاصل عديد غير تآكلي.
 - E. التهاب جنب أو التهاب تامور.
- الجواب: A.

24. في الذئبة الحمامية الجهازية (إجابة واحدة خاطئة):

- A. الإنذار سيئ في كل الأحوال.
 - B. تنقص المتممة أثناء الفعالية.
 - C. ارتفاع أضداد النواة مشخص.
 - D. يمكن استعمال الكلوروكين.
- الجواب: C.

25. في الذئبة الحمامية الجهازية (إجابة واحدة خاطئة):

- A. الإصابة المفصلية مختلفة تماماً عن الرثياني.
 - B. أضداد النواة إيجابية في معظم الحالات.
 - C. تنقص المتممة عند وجود إصابة كلوية عصبية.
 - D. نقص المتممة الخلقي يؤهب للإصابة.
- الجواب: A.

26. في الذئبة الحمامية الجهازية (إجابة واحدة صحيحة):

- A. أزداد الـ SS/A SS/B عند الحامل ذات قيمة إنذارية.
- B. لا يمكن التشخيص بدون وجود طفح الفراشة.
- C. إصابة الكبد والكلية الشديدة تستجيب دائماً للستيروئيدات.
- D. ليس للكوروكين تأثير على الإصابة الجلدية.
- E. الإصابات العصبية النفسية نادرة.

الجواب: A.

27. في الذئبة الحمامية الجهازية (إجابة واحدة خاطئة):

- A. طفح الفراشة.
- B. اندفاع حمامي حطاطي.
- C. حمامي هامشية.
- D. حساسية ضيائية.

الجواب: C.

28. أي من الخيارات التالية خاطئة عن الذئبة الحمامية الجهازية:

- A. سلبية ANA تستبعد التشخيص، وإيجابية أزداد ds-DNA تؤكد.
- B. إيجابية أزداد ANA تؤكد التشخيص.
- C. من معايير التشخيص الطفح القرصي والوجني.
- D. تشاهد ظاهر رينو عند كثير من مرضى الذئبة.

الجواب: A

29. في متلازمة مارفان (إجابة واحدة خاطئة):

- A. قدم مسطحة.
- B. رخاوة مفرطة.
- C. تكدم الجلد بسهولة.
- D. تشوه القفص الصدري.

الجواب: C.

أسئلة بدون خيارات

30. ما هي اختبارات الأضداد التي تكون غالباً إيجابية في داء النسيج الضام المختلط (MCTD)؟
أضداد anti-U1-RNP. يكون للـ ANA عادةً نمط منقط.
لا يملك MCTD عادةً أجساماً مضادة للمستضدات ds-DNA، sm، SSA أو SSB.
31. ما هي مشاكل الفروة المشاهدة في مرضى الذئبة؟
خاصة بقعية.
32. ما هي المشاكل الكلوية التي تترافق مع الـ SLE؟
التهاب كبيبات الكلى من أي نمط تقريباً.
33. إذا كان لدى المريض طفح وجني والتهاب مفاصل عديد متناظر وكانت أضداد الـ ANA إيجابية، ما هو الاختبار التالي؟
تتميط أضداد الـ ANA، متضمن اختبار أضداد anti-ds DNA، anti-Smith، anti-SSA، anti-SSB، anti-U1-RNP.
34. ما هما الاختباران النوعيان (على الرغم من أنهما غير حساسين جداً) للـ SLE؟
الأضداد anti-Smith والأضداد anti-ds-DNA.
35. ما هي مستضدات الـ HLA التي تترافق مع الـ SLE؟
مستضدات D للصنف الثاني من الـ HLA: D2 و D3.
36. ما هو مستضد الـ HLA الذي يترافق مع أضداد الـ anti-Ro؟ ما هو نمط الذئبة الذي ستشاهده مع هذا؟ ما هي المشاكل الوليدية التي يترافق معها؟
DR3. الذئبة الجلدية تحت الحادة. حصار قلب خلقي كما يشاهد في الذئبة الوليدية.

37. ما هي اختبارات المصل التي تشير إلى إنذار أسوأ في الـ SLE؟
المستويات المرتفعة من أضداد الـ anti-ds -DNA والمستويات المنخفضة للمتممة تشير إلى إنذار أسوأ وزيادة في خطورة التهاب الكلية.

38. ما هي اختبارات المصل التي تشير إلى إنذار أفضل في الـ SLE؟
تشير المستويات المرتفعة من أضداد الـ anti-U1-RNP إلى مرض نسيج ضام مختلط معتدل.

39. ما هي الحقائق والمخاطر التي يتوجب عليك مناقشتها مع مريضة الـ SLE التي تفكر بالحمل؟

توقف تناول جميع الأدوية المضادة للذئبة، هنالك زيادة في خطورة الإجهاض العفوي، وفي حال كانت المريضة إيجابية الأضداد anti Ro، هناك زيادة في خطورة الذئبة الوليدية. تترافق أضداد الكارديوليبين وأضداد التخثر الذأبية مع الخثار وفقد الجنين.

40. ما هي أشيع أسباب الذئبة المحرصة بالأدوية؟
بروكائين أميد، هيدرازين، إيزونيازيد INH، فينوثيرازين، وحاصرات B.

41. في حال أبدى المريض علامات وأعراض مشيرة للذئبة وكان سلبي أضداد الـ anti-histon، ما هو احتمال أن يكون لدى المريض ذئبة محرصة بالأدوية؟
صغير جداً.





التصلب المجموعي

5

5

1. امرأة 50 سنة تعاني منذ شهرين من ألم في اليدين وتغير لونها إلى الأبيض أو الأزرق عند التعرض للبرد، مع شد جلدي مترقى وتشنج في الأصابع واليدين والذراعين، وزلة تنفسية جهدية وحس حرقة أسفل الصدر مع التصاق اللقمة عند البلع (صعوبة بلع) وأظهر اختبار الأضداد وجود أضداد مضادة للنواة (ANA) وارتفاع عيار أضداد الـ Scl-70، أي من العمليات التشريحية المرضية التالية يفسر مرض هذه المرأة؟

A. ارتشاح عديدات السكريد المخاطية في النسج تحت الظهارية المستبطنة.

B. عملية غير منتظمة لتصنيع كولاجين أرومي ليفي.

C. ظاهرة رينو سببت في بادئ الأمر إقفار ثم أدت إلى تليف نسيجي.

D. أذية في البطانة الوعائية مع تليف نسيجي متواسط مناعياً.

E. عملية نظيرة ورمية.

الجواب: D.

■ **التعليق:** تعاني هذه المريضة من التظاهرات المميزة لتصلب الجلد وهو مرض مزمن يحدث فيه اضطراب تنظيم مناعي (ربما يثار بمستضدات بيئية غير معروفة) يسبب بدوره أذية بطانة الأوعية الدقيقة مع تليف منتشر في الجلد والأعضاء الداخلية، وتؤدي أذية الأوعية الدقيقة إلى ارتكاس وعائي ثانوي (ظاهرة رينو) وأحياناً إلى أذية نسيجية إقفارية، وإن فرط تصنيع الكولاجين من الأرومات الليفية النسيجية الذي يؤدي إلى تليف منتشر لا يعتبر عملية غير منتظمة وإنما يحدث بسبب إفراز السيتوكينات وعوامل النمو من اللمفاويات والخلايا البدينة والصفائح، ولا يوجد دليل على أن هناك ارتشاح بعديدات السكريد المخاطية عند مرضى تصلب الجلد أو على وجود أورام مسؤولة عن تليف الجلد نظير الورمي.

2. أي من التظاهرات التالية أكثر ما يشاهد في الشكل المنتشر من

التصلب الجهازى وليس في شكل CREST منه؟

A. اضطراب حركية المري.

B. تكلسات تحت الجلد.

C. ثخانة جلدية في النهايات.

D. مرض كلوي.

E. توسع الشعيرات الدموية.

الجواب: D.

■ **التعليق:** يعتبر المرض الكلوي فقط أكثر احتمالاً من بين التظاهرات السريرية الموجودة لأنه يشاهد في حالة التصلب الجهازى المنتشر وليس في متلازمة CREST التي هي عبارة عن مجموعة تظاهرات [كلاس تحت جلدي، ظاهرة رينو، اضطراب حركية المري، تصلب الأصابع، توسع الشعيرات الدموية]، وكذلك فإن التليف الخلالي الرئوي يسيء بشكل أسرع إلى الشكل المنتشر، وكلا الشكلين يتميزان باضطراب حركية المري وثخانة جلد النهايات وظاهرة رينو، كذلك وقد يحدث توسع الشعيرات في كلا الشكلين من تصلب الجلد، بالرغم من أنه أكثر شيوعاً وانتشاراً في متلازمة CREST.

3. طالبة حقوق عمرها 28 عاماً تشتكي من ابيضاض وازرقاق رؤوس

أصابعها في الجو البارد وأحياناً أثناء الانفعالات. وتذكر المريضة أن

أصابعها تصبح مؤلمة وبحالة تنميل Numb أثناء هذه النوب.

توجد عند المريضة قصة عسرة بلع وآلام مفصلية منذ 6 شهور.

المريضة غير مدخنة ولا تتناول أي أدوية. بالفحص السريري يبدو

جلد اليدين مشدوداً وضامراً مع وجود تشوه انعطائي ناجم عن

الجلد المشدود (تصلب الأصابع Sclerodactyly). أي مما يلي هو

التشخيص الأكثر احتمالاً؟

A. التهاب المفاصل الرثياني.

B. التصلب الجهازى المترقي.

C. التهاب الجلد والعضلات.

D. التهاب الكولون القرصي.

E. داء الساركويد.

الجواب: B.

■ **التعليق:** تقترح الأعراض الموجودة عند هذه المريضة إصابتها بتصلب الجلد Scleroderma أو التصلب الجهازى المترقي Progressive Systemic Sclerosis (PSS). يصيب هذا المرض عندما يكون منتشرأ الرئتين والمفاصل والقلب والجهاز الهضمي. كان التصلب الجهازى المحدود يدعى سابقأ بمتلازمة كريست CREST Syndrome (الكلاس الجلدي Calcinosis Cutis وظاهرة رينو Raynaud's Phenomenon وسوء وظيفة المري Esophageal Dysfunction وتصلب الأصابع Sclerodactyly وتوسع الأوعية الشعرية Telangiectasia). قد تترافق ظاهرة رينو مع التدخين أو استخدام الأدوية (حاصرات بيتا الأدرنجية) أو الأمراض الأخرى مثل الذئبة الحمامية الجهازية والتهاب المفاصل الرثياني ومتلازمة نفق الرسغ والتهاب الأوعية الخثري الطامس. إن التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis مرض جهازى يتميز بوجود طفح بنفسجي اللون على الأضغان والمنطقة حول الحجاج (لون أرجواني معتدل Heliotrope) مع حطاطات مسطحة بنفسجية اللون فوق البراجم (الوجه الظهري للمفاصل السلامية) وتدعى هذه الحطاطات علامة غوترون Gottron Sign. إن الآفة الجلدية التي تشاهد في التهاب الكولون القرحي هي تقيح الجلد المواتى Pyoderma Gangrenosum وهو عبارة عن قرحات كبيرة مؤلمة غير منتظمة ينزح منها نتحة دموية قيحية. داء الساركويد Sarcoidosis مرض جهازى له تظاهرات جلدية مع الإصابة الرئوية واعتلال العقد اللمفية السرية ثنائي الجانب. قد يتظاهر مرضى داء الساركويد بالحمامى العقدة Erythema Nodosum التي تكون وصفيأ على شكل لويحات مؤلمة حمراء قاسية متعددة ثنائية الجانب توجد غالبأ على الساقين. تشمل التظاهرات العضلية الهيكلية لداء الساركويد التهاب المفاصل والتهاب الوتر الزليلي.

4. في التصلب الجهازى المعمم، كل ما يلى صحىح عدا:

A. عسر بلع.

B. صورة ظلىلة بالباريوم للمرى.

C. تعابىر أؤداد الـ Scl.70.

D. العلاء الشافى هو البرىدنزلون.

الجواب: D.

5. التصلب الجلدى المأود أو متلازمة كرىست (إجابة واحدة

خاطئة):

A. تصلب الجلد متركٍ ببطء من نهایة الأطراف باتجاه الجذع.

B. توسعات وعائىة شعرىة على الوجه.

C. إصابة الوجه والرقبة أأىاناً.

D. وجود كلاس بشكل خاص على مستوى الیدىن.

E. وجود الأؤداد الـ Anti-Scl 70 نوعى وحصرى لهذه المتلازمة.

الجواب: E.

أسئلة بدون خيارات

6. لماذا تتابع الأوعية الشعرية في الطية الظفرية عن كثب في تصلب

الجلد؟

الأوعية الشعرية غير الطبيعية في الطية الظفرية (أي نقص الشعريات مع عرى عملاقة) يمكن أن تحدث في تصلب الجلد، ولكن لا تحدث في رينو البدئية. تكون هذه مهمة بشكل خاص في تصلب الجلد بسبب العلاقة المباشرة بين شدة هذه الشعريات في الطية الظفرية وصلابة الجلد.

7. ما المفاصل التي تصاب عادة في تصلب الجلد؟

يسبب تصلب الجلد التهاب مفاصل خفيف متناظر (مثل RA و SLE)، تحدث التغيرات المفصالية في صلابة الجلد في المفاصل بين السلامة الدانية والسنعية السلامة.

8. ما هو الضد النوعي لمتلازمة كريست؟

أضداد القسيم المركزي anti-centroners نوعية لمتلازمة كريست.

9. كيف تتشابه وتختلف صلابة الجلد والتهاب اللقافة بالحمضات؟

يترافق التهاب اللقافة بالحمضات بتبدلات جلدية تشبه تلك المشاهدة في صلابة الجلد لكن الجلد منكمش على شكل قشر البرتقال بالإضافة إلى وجود ارتفاع في حمضات الدم المحيطي وزيادة في سرعة التثفل. سوف تبدي خزعة الجلد أيضاً زيادة في الحمضات. اختبارات ANA و RF سلبية. الشعريات في الطية الظهارية طبيعية.

10. في أي مجموعة من المرضى تحدث متلازمة رينو البدئية؟

النساء الشابات في سن الطمث.





التهاب العضلات العديد والتهاب الجلد والعضلات

6

1. أي من المعالجات التالية ضروري لعلاج التهاب العضلات العديد؟

A. مضادات الملاريا.

B. NSAIDs.

C. الستيروئيدات القشرية.

D. الراحة التامة في الفراش.

E. تمارين رياضية.

الجواب: C.

■ التعليق: إن الستيروئيدات الفموية هي معالجة أولية نموذجية للاعتلال العضلي الالتهابي، أما NSAIDs ومضادات الملاريا والراحة التامة في الفراش والتمارين الرياضية لا تعتبر معالجات نوعية لالتهاب العضلات العديد بالرغم من أن NSAIDs قد تقيد في تخفيف الشكايات المفصلية ومن أن مضادات الملاريا استخدمت سابقاً لعلاج التظاهرات الجلدية لالتهاب الجلد والعضلات. أما التمارين الرياضية فهي مناسبة للمرضى المسيطر على حالتهم لكنها قد تكون مؤذية لمرضى الداء الفعال.

2. امرأة 53 عاماً تشكو من صعوبة صعود الأدراج وصعوبة الوقوف من

وضعية الجلوس منذ شهرين. بالفحص السريري يوجد تلون

أرجواني في الجلد فوق الجبهة والأجضان والوجنتين. كما يوجد

إيلام عند جس العضلة مربعة الرأس في الجهتين (اختر

تشخيصاً واحداً).

A. التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis.

B. التهاب العضلات العديد Polymyositis.

C. الألام العضلية الرثوية المتعددة.

D. متلازمة فيلتي Felty Syndrome.

E. صلابة الجلد Scleroderma.

الجواب: A.

■ **التعليق:** تصيب الآلام العضلية الرثوية المتعددة Polymyalgia Rheumatica الأشخاص فوق عمر 50 عاماً، ويتظاهر المرضى بفقدان الوزن والتعب الشديد والألم واليبوسة في العنق والكتفين والفخذين والوركين ويكون الفحص السريري بشكل وصفي طبيعياً. قد يشاهد التهاب الشريان الصدغي Temporal Arteritis عند المرضى المصابين بالآلام العضلية الرثوية المتعددة ويجب دوماً نفي وجوده. إن التهاب الجلد والعضلات Dermatomyositis مرض مناعي ذاتي يسبب حدوث ضعف في العضلات القريبة مع إصابة الجلد. أما التهاب العضلات العديد Polymyositis فلا يصيب الجلد. إن متلازمة فيلتي Felty Syndrome هي حدوث ضخامة طحالية مع نقص المعتدلات عند مرضى التهاب المفاصل الرثياني.

3. رجل 25 عاماً راجع قسم الإسعاف بقصة ضعف مترق منذ 6 أسابيع. بالاستفسار تبين أن المريض لديه صعوبة في تمشيط الشعر وفي تنظيف أسنانه وصعود الدرج. كذلك توجد حمى مع تعرق ليلي ودعث. يوجد تورم أرجواني Purplish اللون حول العينين. أظهرت التحاليل الدموية ارتفاع AST و ALT أما ALP فهي طبيعية. ما هو التشخيص الأرجح؟

- التهاب المفاصل الرثياني.
- ألم ظهري ناجم عن الرض.
- اعتلال العضل الالتهابي.
- التهاب الشرايين العديد العقد.
- الآلام العضلية الرثيانية المتعددة.

الجواب: C.

4. في آفات العضلات الالتهابية، كل ما يلي صحيح عدا:

- كل التهاب جلد وعضلات بعد عمر 50 سنة يوجب البحث عن خبائة.
- قد يبدأ التهاب الجلد والعضلات والتهاب العضلات العديد بسن باكر (قبل الأربعين).
- نشخص التهاب العضلات بالأجسام الاندخالية بواسطة المجهر الإلكتروني.
- التهاب العضلات لا يرفع ال ESR.

الجواب: D.

5. في الإصابة العضلية البدئية (إجابة واحدة خاطئة):

- A. تشاهد التقلصات الحزمية بشكل واضح.
 - B. تبقى الوحدة المحركة سليمة.
 - C. يتوضع الضعف في العضلات الدانية في معظم الحالات.
 - D. تحدث إصابة في بناء أو عمل الألياف العضلية.
- الجواب: A.

6. في التهاب الجلد والعضلات والتهاب العضلات العديده (إجابة

واحدة خاطئة):

- A. يلاحظ الطفح والوذمة على الأذنان وبشكل خاص العلوية.
 - B. يلاحظ ارتفاع شديد وثابت في سرعة التثفل بكل الحالات.
 - C. هناك متلازمة عضلية دانية ومؤلمة.
 - D. يستجيب المرض للعلاج بالكورتيزون بشكل ممتاز.
 - E. ما يميز الإصابة بيولوجياً ارتفاع الـ CPK.
- الجواب: B.

6

7. في التهاب الجلد والعضلات والتهاب العضلات العديده (إجابة

واحدة خاطئة):

- A. هي إصابة مناعية ذاتية.
 - B. تصيب النساء أكثر من الرجال (1/2).
 - C. هنالك متلازمة عضلية دانية مؤلمة.
 - D. يستجيب المرض بشكل جيد للعلاج بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 - E. ما يميز الإصابة بيولوجياً ارتفاع الـ CPK والخمائر العضلية الأخرى.
- الجواب: D.

8. في التهاب العضلات العديده والتهاب الجلد والعضلات، كل ما يلي

صحيح عدا:

- A. متلازمة عضلية دانية مؤلمة.
 - B. الإصابة ثنائية الجانب.
 - C. ما يميز الإصابة ارتفاع الـ CPK.
 - D. إيجابية الخزعة تؤكد التشخيص.
 - E. سلبية الخزعة تنفي التشخيص بشكل قطعي.
- الجواب: E.

9. في داء بهجت (إجابة واحدة خاطئة):

- A. قرحات غير مؤلمة.
- B. التهاب أجرية كاذب.
- C. اختبار البثرة إيجابي.
- D. إصابة القميص العضلي الوعائي للعين.
- E. خثرات وريدية.

الجواب: A.

أسئلة بدون خيارات

10. ما هي الموجودات الأربعة التي تؤسس تشخيص التهاب العضلات العديده؟

(1) آلام عضلية وضعف عضلي داني. (2) EMG اعتلال عضلي غير طبيعي. (3) زيادة في CPK. (4) خزعة عضلية غير طبيعية تبدي ارتشاحاً بخلايا T السامة مع نخر عضلي. هذه الموجودات الأربعة تؤسس التشخيص. بينما يترقى المرض تحدث تغيرات قلبية / تخطيطية وعسرة بلع.

11. ما هي التغيرات الجلدية المشاهدة في التهاب الجلد والعضلات؟

طفح يزداد بالتعرض للشمس أحياناً وصفي، حطاطات حمراء أرجوانية بشكل متوسط إلى غامق تحدث على الوجه، العنق، وعلى السطوح الباسطة للمفاصل، هنالك ترافق بين الوذمة أمام الظنبوب مع "طفح الشمس". هذا الطفح بلون بنفسجي وبشكل كلاسيكي فوق الأضغان العلوية، كذلك ربما يحدث على الوجنتين والجبهة (طفح الفراشة في الذئبة لا يصيب الأضغان). حطاطات غوترون ذات سطح مستو، محمرة إلى بنفسجية، حطاطات وسفية على البراجم (تبدو حقيقة مثل "ورق السيجارة" تجعد الجلد فوق المفاصل السلامية السنية). يمكن أن يحصل لدى المرضى حطاطات التهاب أوعية على الأطراف.

12. ما هي التظاهرة السريرية الأكثر نوعية في التهاب الجلد والعضلات؟

حطاطات غوترون.





متلازمة جوغرين

7

1. مريضة تعاني من جفاف فم مع حرقة في العين واحمرار وحكة

راجعت بشكوى آلام مفصلية مع حرارة ونقص وزن. التشخيص:

A. داء جوغرين بدئي.

B. داء جوغرين مترافق مع ذئبة حمامية.

C. داء جوغرين مترافق مع داء نسيج ضام مختلط.

D. داء جوغرين مترافق مع لمفوما.

الجواب: D.

2. كل ما يلي صحيح فيما يتعلق بتناذر جوغرين عدا:

A. يصيب بشكل انتقائي الغدد خارجية الإفراز.

B. تلعب فيه ظاهرة الموت الخلوي المبرمج (Apoptosis) دوراً رئيسياً.

C. تشكل الحمضات الجزء الأكبر من الرشاحة الالتهابية.

D. تساهم السيتوكينات في تدمير الغدد اللعابية.

E. يوجد فيه تفعيل للخلايا المقدمة للمستضدات.

الجواب: C.

3. المعايير الأوربية الحديثة لتشخيص داء جوغرين (إجابة واحدة)

خاطئة):

A. إحساس يومي ومستمر ومزعج بعيون جافة منذ ثلاثة أشهر أو أكثر.

B. إحساس بوجود رمل في العينين.

C. استخدام الدمع الصناعي أكثر من ثلاث مرات يومياً.

D. عسرة بلع للمواد السائلة.

E. انتفاخ الغدد اللعابية عند البالغين بشكل متكرر أو مستمر.

الجواب: D.

4. قد يكون تناذر جوغرين الثانوي مرافقاً للأمراض التالية عدا:

- A. الداء الرثياني.
- B. الصلابة الجهازية.
- C. فرقرية هينوخ – شونلاين.
- D. الذئبة الحمامية الجهازية.
- E. التهاب الجلد والعضلات العديد.

الجواب: C.

أسئلة بدون خيارات

5. ما هي اختبارات الأضداد الإيجابية بشكل شائع في متلازمة جوغرين؟

العديد من اختبارات الأضداد في متلازمة جوغرين تكون إيجابية. تترافق متلازمة جوغرين مع العديد من الأمراض المناعية الذاتية وربما تحدث مع أي من أمراض النسيج الضام (RA، SLE، التهاب العضلات العديد، وتصلب الجلد) وتمتلك العديد من أضدادها الذاتية أيضاً - 90% من المرضى RF إيجابي، 70% ANA إيجابي، 60% La إيجابي، و40-50% Ro إيجابي.

6. كيف تُشخص متلازمة جوغرين؟

تُشخص متلازمة جوغرين بمعايير متضمنة أعراض جفاف الفم xerostomia وجفاف عيني xerophthalmia، اختبار الأضداد الذاتية، وخزعة شفة للغدد اللعابية الصغيرة.

7. ما هي الخباثات التي يكون مرضى متلازمة جوغرين عرضة للإصابة بها؟

هنالك زيادة خطيرة < 40 ضعف الطبيعي للإصابة باللمفوما عند مرضى متلازمة جوغرين، معالجة متلازمة جوغرين عرضية. أعطِ ستيرويديات قشرية في حال كانت الأعراض شديدة.





التهاب الأوعية الجهازية

8

الأسئلة (1-3):

رجل عمره 57 سنة كان بصحة جيدة لكنه أصيب منذ شهرين بتعب ودعت وزلة تنفسية جهدية وألم بطني وتورم مترق في قدميه، وفقد خلال هذه الفترة 9 كغ، ويعاني حالياً من التهاب مفاصل عديد في يديه كما يعاني من موجودات فيزيائية تقترح وجود التهاب أعصاب وحيد يأخذ توزع العصب الناصف الأيمن، أما صورة الصدر الشعاعية فأظهرت وجود ضخامة قلبية مع موجودات وذمة رئوية باكرة:

1. أي مما يلي هو التشخيص الأرجح للمرض؟

A. التهاب أوعية بفرط الحساسية.

B. التهاب مفاصل رثياني.

C. ذئبة حمامية جهازية (SLE).

D. التهاب شرايين عديد عقيدي (P.A.N).

E. متلازمة churg- strauss.

2. أي من الاختبارات التالية يعطي التشخيص الأكيد؟

A. العامل الرثياني.

B. خزعة العصب الربلي (الشظوي).

C. خزعة جلدية.

D. HBs Ag (المستضد السطحي لالتهاب الكبد B).

E. تصوير الشرايين الظليل للذراع اليمنى.

3. أي من المعالجات التالية تعتبر المعالجة البدئية الأفضل؟

A. NSAIDs.

B. صادات حيوية.

C. سيكلوفوسفاميد مع ستيروئيدات قشرية.

D. مضادات الملاريا.

E. سيكلوسبورين.

الأجوبة: (D :1)، (B :2)، (C :3).

8

■ **التعليق:** يعاني هذا المريض من شكايات عامة (تعب، دعث، فقدان وزن بقيمة 9 كغ) ويوجد عنده دليل سريري على اضطراب وظيفي في أعضاء عديدة، وهذه الموجودات تجعل التهاب الأوعية احتمالاً تشخيصياً دقيقاً، يعتبر التهاب العصب الوحيد علامة نوعية خاصة تقترح وجود التهاب الأوعية الصغيرة والمتوسطة في الأوعية المغذية للأعصاب، أما الموجودات السريرية الأخرى فهي تتسجم مع اضطراب الأعضاء نتيجة لالتهاب الأوعية وكذلك فهي نموذجية لالتهاب الشرايين العديد العقيدي، ولا يقترح وجود التهاب أوعية بفرط الحساسية لأن مرضى التهاب الأوعية الصغيرة جداً يشكون دائماً من موجودات جلدية مميزة مرافقة (مثل الفرورية المجسوسة) وذلك لدعم التشخيص، وأما التهاب المفاصل الرثياني والذئبة الحمامية الجهازية (SLE) فهي أمراض جهازية قد تختلط مع التهاب الأوعية الصغيرة إلى متوسطة الحجم لكن الموجودات الوحيدة التي تدعم تشخيص هذه الأمراض هي الشكايات المفصلية الخفيفة أو المتوسطة، أما غياب قصة التحسس وفرط الحمضات والارتشاحات في صورة الصدر الشعاعية التي تميز وذمة الرئة فيجعل تشخيص متلازمة churg-strauss غير منطقي هنا، وتعتبر خزعة الجلد المصاب الوسيلة المباشرة الأفضل لوضع تشخيص التهاب الشرايين العديد العقيدي، ويقترح تورم القدمين أن العصب الشظوي مصاب بالمرض، وبدون وجود شذوذات سريرية فإن خزعة الجلد تعطي نتائج قليلة، أما الوسيلة التشخيصية البديلة فهي التصوير الظليل للشرايين البطنية الثلاثة الذي يكون إيجابياً عند 80% من المرضى، أما تصوير الشرايين الظليل لليمنى فهو لا يظهر أي اضطراب يذكر عند هذا المريض ويظهر التصوير الشرياني هنا نموذجياً شرايين أكبر من تلك المصابة بالتهاب الشرايين العديد العقيدي، أما اختبارات العامل الرثياني والمستضد السطحي لالتهاب الكبد B (HBsAg) فهي غير نوعية لالتهاب الشرايين العديد العقيدي حتى إن كانت موجبة، وأكثر المعالجات انتشاراً لالتهاب الشرايين العديد العقيدي هي الستيروئيدات القشرية ومثبطات المناعة (مثل السيكلوفوسفاميد)،

وبالنسبة لهذا المريض المصاب بمرض شديد ومترقٍ فإن هذا المرض ينذر بإعطاء المريض كلا الدوائين السابقين، ولقد تحسنت معدلات الوفيات خلال 5 سنوات بشكل دراماتيكي باستخدام القشرانيات السكرية، أما إضافة المعالجة المثبطة للمناعة قد تحسن غالباً معدلات البقاء عند المرضى، أما NSAIDs والصادات الحيوية ومضادات الملاريا والسيكلوسبورين فهي غير مقبولة في علاج التهاب الشرايين العديد العقيد.

4. رجل 43 عاماً يشكو من حمى والتهاب المفاصل. عولج المريض خلال الشهرين الماضيين أربع مرات من خمخ في الجيب الفكي. يشتكي المريض أيضاً من بيلة دموية حديثة. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

- A. متلازمة شورج-ستراوس Churg-Strauss.
- B. داء الأورام الحبيبية لواغرن.
- C. متلازمة لوف غرين Lofgren Syndrome.
- D. متلازمة جوغرين Sjogren Syndrome.
- E. داء الساركويد.

الجواب: B.

8

■ **التعليق:** يصيب داء الأورام الحبيبية لواغرن Wegener's Granulomatosis الطرق التنفسية العلوية (البلعوم الأنفي والجيوب) والرئتين والكليتين والمفاصل. ويتم التشخيص بالصورة السريرية وإيجابية الأضداد الموجهة ضد بروتينات سيتوبلازما المعتدلات مع نمط التلوين السيتوبلازمي (C-ANCA). تظهر الخزعة وجود أورام حبيبية متنخرة. يؤدي المرض إلى التهاب شرايين نخري جهازية وهو مرض مميت إن لم يعالج. إن الصورة الوصفية لمتلازمة شورج ستراوس Churg-Strauss Syndrome (التهاب الأوعية التحسسي وداء الأورام الحبيبية) هي إصابة المريض بالربو يليه التهاب أوعية جهازية مع كثرة الحمضات بالدم (يمكن تذكر هذه المتلازمة من خلال كلمة RAVE وهي التهاب الأنف Rhinitis والربو Asthma والتهاب الأوعية Vasculitis وارتفاع الحمضات Eosinophilia). إن متلازمة لوف غرين Lofgren Syndrome شكل سليم من داء

السااركويثيد تسبب حدوث اعتلال عقد لمفية سرية ثنائي الجانب مع التهاب مفاصل قليل غير متناظر على مستوى الطرفين السفليين وحمامى عقدة في المناطق الظنبوية الأمامية في الطرفين السفليين. أما متلازمة جوغرين Sjogren Syndrome فهي مرض مناعي ذاتي بطيء الترقى تصيب بشكل رئيسي النساء في منتصف العمر، وهي تصيب الغدد اللعابية والدمعية مما يؤدي إلى جفاف الفم والعينين. قد تحدث هذه المتلازمة لوحدها (الشكل البدئي) أو مترافقة مع الأمراض المناعية الذاتية الأخرى مثل التهاب المفاصل الرثياني أو الذئبة الحمامية الجهازية.

5. رجل عمره 31 عاماً يشكو من الحمى مع الآلام المفصلية منذ الأمس، تطور لديه اليوم ألم بطني منتشر مع عدم القدرة على تحريك القدم اليسرى بسبب الضعف. يذكر المريض أيضاً حدوث بيلة دموية لعدة ساعات. بالفحص السريري المريض مصاب بالحمى (درجة الحرارة 38.5م°) مع وجود إيلام بطني منتشر بالجس دون وجود إيلام مرتد. أظهر فحص الخصية وجود إيلام واضح في الخصيتين دون وجود مفرزات إحليلية. أما الفحص السريري العصبي فأظهر وجود هبوط في القدم اليسرى. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

- A. التهاب الشرايين المتعدد العقيدي Polyarteritis Nodosa.
 B. متلازمة بهجت Behcet Syndrome.
 C. داء ويبل Wipple's Disease.
 D. التنخر العظمي Osteonecrosis.

الجواب: A.

■ التعليق: إن التشخيص الأرجح عند هذا المريض هو التهاب الشرايين المتعدد العقيدي Polyarteritis Nodosa (P.A.N) وهو التهاب أوعية مهدد للحياة يصيب الأوعية متوسطة الحجم ويسبب نقص التروية في الأحشاء خاصة في الجهاز الهضمي، وقد تصاب الأجهزة الأخرى مثل الجهاز البولي التناسلي (الكلية والخصيتان) والجهاز العصبي (التهاب العصب الوحيد المتعدد الذي يتظاهر

بهبوط الرسغ أو هبوط القدم). يشاهد التهاب الكبد B عند 50% من المرضى المصابين بالتهاب الشرايين المتعدد العقيدي. يؤدي داء Whipple's Disease لحدوث التهاب الغشاء الزليل في اليدين والقدمين والركبتين وغالباً ما يتظاهر المرضى بالحمى واعتلال العقد اللمفاوية وعلامات سوء الامتصاص مثل الإسهال. ينجم داء ويبل عن عامل خمجي يدعى Tropheryma Whippellii. يشاهد النخر العظمي عادةً في فقر الدم المنجلي.

6. تشمل التهابات الأوعية التي تصيب الأوعية الصغيرة كلاً مما يلي
عدا:

- A. داء الأورام الحبيبية لواغندر Wegener.
- B. متلازمة شوج - ستراوس Churg-Strauss.
- C. التهاب الأوعية بالغلوبولين القوي الأساسي.
- D. داء كاوازاكي.
- E. التهاب الأوعية الجلدية المسيطر.

الجواب: D.

7. امرأة 50 عاماً راجعت بصداع مع إيلام على الفروة وفقد رؤية غير مؤلم في العين اليمنى ما هو التدبير الأولي؟

- A. خزعة من الشريان الصدغي.
- B. البردينيزولون 1 ملغ/كغ.
- C. تسريب الإنفلي كسيماب Infliximab.
- D. السيكلوفوسفاميد 2 ملغ/كغ.
- E. استشارة عينية.

الجواب: B.

8. يشكو مريض 45 سنة من شرى متكرر منذ عدة سنوات ونوب ربوية. سرعة التثفل لديه كانت 70 ملم في الساعة الأولى، وتعداد الكريات البيض 10000 كرية/ملم³ (60% عدلات، 20% لمفاويات، 20% حمضات). كل ما يلي صحيح عدا:

- A. أضداد P-ANCA سلبية عادةً.
- B. زيادة الحمضات في النسيج الرئوي.
- C. تحسن المريض بالستيروئيدات.
- D. التهاب أوعية في النسيج الرئوي.

الجواب: A.

9. بالنسبة لداء تاكاياسو (إجابة واحدة صحيحة):

- A. يغلب في الذكور.
 - B. أحد أسباب ارتفاع التوتر الشرياني كلوي المنشأ.
 - C. لا يستجيب للستيروئيدات.
 - D. شائع في أوروبا وأمريكا.
- الجواب: B.

10. تحدث الإصابة الرئوية في كل ما يلي عدا:

- A. التهاب الشرايين العديد العقيدي.
 - B. بهجت.
 - C. شورج - ستراوس.
 - D. واغندر.
- الجواب: A.

11. مريض عمره 45 سنة يشكو من ارتفاع توتر شرياني مع التهاب

عصب وآلام عضلية مفصلية. سرعة التثفل لديه كانت 50.

التشخيص:

- A. التهاب شرايين عديد عقيدي.
 - B. التهاب الشرايين ذو الخلايا العرطلة.
 - C. داء واغندر.
 - D. داء شورج - ستراوس.
 - E. داء بهجت.
- الجواب: A.

الجواب: A.

12. مريض 75 سنة يشكو من أعراض ألم صدغي وحيد الجانب منذ

عدة أسابيع. الفحص السريري سوي، والضغط 95/150 ملم زئبق،

وسرعة التثفل 75 ملم/سا، والخضاب 11.5 غ/ل، أما البيض

والصيغة والسكر والكرياتينين وفحص البول فكانت جميعها سوية.

التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. إصابة تنكسية رقبية.
 - B. التهاب الشرايين ذو الخلايا العرطلة.
 - C. صداع ناجم عن فرط التوتر الشرياني.
 - D. صداع ناجم عن فقر الدم.
- الجواب: B.

13. جميع التهابات الأوعية التالية تترافق بإيجابية أضداد

سييتوبلاسما العدلات (ال ANCA) عدا:

A. داء الأورام الحبيبية لواغنز.

B. داء شروج - ستراوس.

C. التهاب العروق المجهرية العديد.

D. فرقرية هينوخ شونلاين.

الجواب: D.

14. كل ما يلي يسبب التهاب كلية ورثة عدا:

A. شروج - ستراوس.

B. واغنز.

C. بهجت.

D. غودباستور.

الجواب: C.

15. إيجابية ال ANCA (إجابة واحدة خاطئة):

A. داء الأورام الحبيبية لواغنز.

B. داء شروج - ستراوس.

C. العلاج بالبروبييل يوراسيل.

D. داء بهجت.

الجواب: D.

16. في تناذر أضداد الفوسفوليبيدات (إجابة واحدة خاطئة):

A. يتميز بحدوث خثار شرياني وريدي متكرر.

B. يصيب النساء فقط.

C. يصادف في 20-30% من حالات الذئبة.

D. قد يكون قاتلاً في بعض الحالات.

E. يعالج بشكل أساسي بمثبطات المناعة.

الجواب: B.

17. في علاج تناذر أضداد الفوسفوليبيدات (إجابة واحدة خاطئة):

A. تستخدم مضادات الفيتامين K.

B. تستخدم مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

C. يمكن استخدام الستيروئيدات.

D. يمكن اللجوء إلى مثبطات المناعة.

E. قد يكتفى بمضادات التصاق الصفائح.

الجواب: B.

18. من الأدوية المتهمة بإحداث التهاب الأوعية (إجابة واحدة خاطئة):

- A. Minocycline.
- B. Allopurinol.
- C. Sulfasalazine.
- D. أملاح الذهب.
- E. الستيروئيدات القشرية.

الجواب: E.

19. في التهاب الشريان الصدغي (إجابة واحدة صحيحة):

- A. يصيب الشباب عادةً.
- B. يترافق بالآلام عضلية رئوية عديدة.
- C. إصابة الكلية شائعة.
- D. تبقى سرعة التثفل سوية.

الجواب: B.

20. في التهاب الشرايين العديد العقيدي (إجابة واحدة خاطئة):

- A. التهاب عصب محيطي وحيد متعدد.
- B. ارتفاع توتر شرياني.
- C. إصابات حشوية متعددة.
- D. غالباً ما تصاب الجملة العصبية المركزية.

الجواب: D.

21. اختر الإجابة المناسبة فيما يتعلق بداء بهجت:

- A. التهاب وريد خثري متكرر.
- B. التهاب قميص وعائي أمامي وخلفي.
- C. التهاب الجريبات النخري الكاذب.
- D. التهاب السحايا والدماغ.
- E. التهاب مفاصل تأكلي.

الجواب: B.

22. في داء بهجت (إجابة واحدة صحيحة):

- A. لا تفيد الستيروئيدات.
- B. لا تفيد مثبطات المناعة.
- C. القلاع التناسلي نادر.
- D. التهاب القرنية شائع.

الجواب: D.

أسئلة بدون خيارات

23. كيف يرتبط التهاب الشريان الصدغي والألام الرثوية العضلية

العديدة؟

15-25% من حالات الألام الرثوية العضلية العديدة تترافق مع التهاب الشريان (الصدغي) ذي الخلايا العرطلة.

24. ما هي الأسباب الثلاثة لالتهاب الشرايين ذي الخلايا العرطلة؟

التهاب الشريان ذي الخلايا العرطلة، التهاب الشريان لتاكاياسو، التهاب الأبهر.

25. ما هو التهاب الشريان الكبير الذي يشير إليه العرج الفكي؟

التهاب الشريان (الصدغي) ذو الخلايا العرطلة. المعالجة البدئية بريدنيزون 60 مغ/ يومياً. يتراجع ببطء بعد عدة أسابيع في حال زالت الأعراض. المعالجة المعتادة 6 أشهر حتى أكثر من سنة.

26. ما هي فئة المرضى التي تصاب بالتهاب الشريان لتاكاياسو؟

النساء الآسيويات الشابات.

27. مع أي الأمراض يترافق التهاب الشرايين العديد العقيدي بشكل

شائع؟

يترافق مع عدة حالات، تتضمن التهاب الكبد B، أخماج CMV، RA، ترسبات معقدات مناعية، هودجكن، ابيضاض الدم ذو الخلايا المشعرة، HIV، ارتكاسات تحسسية، ولكن أيضاً ربما يكون مجهول السبب.

28. ما هو السبب الأكثر شيوعاً للوفاة في مرضى التهاب الشرايين

العديد العقيدي؟

الداء الكلوي.

29. إذا أظهر المريض ألماً صدرياً يخف بالانحناء، وألماً بطنياً، وهبوط

قدم اليمنى، ما نمط التهاب الأوعية الأكثر احتمالاً؟

P.A.N

30. ما هو علاج الـ P.A.N؟

إزالة العوامل المحرضة. عالج بالبريدنيزون بالمشاركة مع السيكلوفوسفاميد، إذا كان شديداً.

31. إذا أصيبت الكلية في الـ P.A.N، ماذا سوف تبدي خزعة الكلية؟ وما هي الأمراض الأخرى التي تسبب تبدلات مشابهة في الكلية، وكيف تميز بينها؟

التهاب كبيبات الكلى النخري مع تشكل أهلة. هذا يشاهد أيضاً في حبيبوم واغنر، غودباستر (اختبر أضداد GBM)، SLE، SBE، فرفرية هينوخ شونلاين، وفي بعض حالات RPGN. غالباً ما يكون واغنر إيجابي C-ANCA والـ RPGN لن يملك الأعراض الجهازية. SBE، SLE وفرفرية هينوخ شونلاين تبدي موجودات متشابهة بالمجهر الضوئي، ولكن ستبدي توضعات لمعدقات مناعية بالاختبارات المتممة.

32. ما هو علاج حبيبوم واغنر؟ وما هي التأثيرات الجانبية الشائعة لهذه المعالجة؟

السيكلوفوسفاميد. تضاف الستيروئيدات القشرية لزيادة الاستجابة البدئية. تتضمن التأثيرات الجانبية للسيكلوفوسفاميد عقم، انقطاع طمث، تثبيط نقي العظم وتأثيرات على المثانة: التهاب مثانة مليف مزمن/ حاد وسرطان المثانة.

33. تعتبر التهابات الأوعية الكاسرة للكريات البيض / بضرط الحساسية كأنماط شائعة من التهابات الأوعية. سمها؟

الارتكاس الدوائي هو النمط الأكثر شيوعاً، الأخرى تحدث بسبب أخماج وأمراض مناعية ذاتية: التهاب الأوعية الذأبي، الرثياني، فرفرية هينوخ شونلاين، متلازمة غودباستر، والتهاب الأوعية المترافق مع الغلوبولينمية القرية.





أسئلة متنوعة

9

1. أي من الموجودات المفصالية التالية أكثر ما يقترح وجود سبب التهابي وليس تنكسي للألم المفصلي؟
- A. تحدد ألمي عند الحركة.
B. فرقة أو مقلقة مفصالية.
C. ضخامة المفصل العظمي.
D. تورم واحمرار.
E. عدم ثبات المفصل.

الجواب: D.

■ التعليق: إن المفصل المتورم والداق يكون مصاباً غالباً بالتهاب المفاصل وليس بتنكس المفاصل، وإن زيادة السائل الزليلي غالباً ما يترافق مع التهاب المفاصل وليس مع تنكس المفاصل، أما الحرارة فهي تقترح بعض درجات الالتهاب، ويترافق تنكس المفاصل نموذجياً مع ضخامة عظمية استجابة لأذية الغضروف والعظم تحت الغضروفي، أما ألم المفصل عند حركته مع الفرقة المفصالية وعدم ثبات المفصل فهي علامات تحدث في المشاكل التنكسية والالتهابية المفصالية المزمنة التي تخرب المفصل.

2. صبي 7 سنوات لديه ألم في الوجه الأمامي للفخذ الأيسر منذ سنة. لا توجد قصة رض سابقة. بالفحص السريري يوجد تحدد في حركة الورك خاصة أثناء التباعد والدوران الداخلي. لوحظ أثناء المشي وجود عرج خفيف. يحدث الألم أثناء الحركة ويخف بالراحة. أي مما يلي هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- A. داء ليغ-كالف-بيرثس Legg-Calve-Perthes.
B. داء أوسغود-شلاتر Osgood-Schlatter.
C. الحثل العضلي.
D. الرخد rickets.
E. التهاب المفاصل الرثياني الشبابي.

الجواب: A.

■ **التعليق:** إن داء ليغ-كالف- بيرثس Legg-Calve- Perthes disease (الداء العظمي الغضروفي Osteochondrosis) اضطراب غير شائع يصيب الذكور أكثر من الإناث بين عمر 2-12 سنة. إن الأمر المميز في هذا الداء هو حدوث تنخر لا وعائي Avascular necrosis في مشاشة رأس الفخذ التي لها القدرة على توليد عظم جديد وبالنتيجة يحدث عند الأطفال المصابين بداء ليغ-كالف- بيرثس قصر بالطرف المصاب ويتظاهرون بالعرج غير المؤلم. يحدث داء أوسغود-شلاتر Osgood- Schlatter عادة في فترة المراهقة وهو محدد لذاته عادةً، وينجم عن تطبيق الشدة على الوتر الداغصي (فرط الاستخدام) مما يؤدي لحدوث الألم في منطقة الحدة الظنبوية خاصةً عندما يبسط المريض ركبته ضد المقاومة. ينجم الرخد Rickets عن عوز فيتامين D ويتظاهر بتقوس العظام الطويلة مع ضخامة المشاش في هذه العظام وتأخر انغلاق اليوافيخ وضخامة الوصلات الضلعية الغضروفية (السبحة الضلعية Rachitic rosary). إن التهاب المفاصل الرثياني الشبابي يبدأ في الطفولة وقد يؤدي لحدوث تظاهرات خارج مفصالية تشمل الحمى والتهاب القرنية والجسم الهدبي Iridocyclitis والطفح وقر الدم والتهاب التامور. يتميز الحثل العضلي بضعف عضلي مترقٍ يترافق مع الضمور العضلي.

3. رجل 25 عاماً يشكو من ألم ظهري صباحي مع يبوسة وإيلام فوق المفصلين الحرقفيين العجزيين Sacroiliac Joints. لا توجد قصة مشاكل عينية أو بولية تناسلية سابقة. بالفحص السريري لوحظ نقص تمدد الصدر Chest Expansion أثناء التنفس. أي مما يلي

هو التشخيص الأرجح؟

- التهاب المفاصل الرثياني.
- التهاب الفقار المقسط.
- متلازمة جوغرين.
- الذئبة الحمامية الجهازية.
- متلازمة رايتز.

الجواب: B.

■ **التعليق:** التهاب الفقار المقسط Ankylosing Spondylitis (التهاب المفاصل لماري-سترومبل Marie-Strumpell Arthritis)

داء التهابي مزمن مترق، أشيع ما يصيب مفاصل الشوك والورك والمفصل العجزي الحرقفي. يكون لدى كل المرضى التهاب عجزي حرقفي Sacroiliitis عرضي وتشمل الأعراض الأخرى التهاب العنبية والتهاب الأبهري. إن الرجال في العقد الثالث من العمر هم الأكثر إصابة وهناك ترافق قوي مع HLA-B27 (90%) عند المرضى البيض. يتظاهر المرضى في حالة المرض المتقدم بوضعية الانحناء (الحداب). تشير إيجابية اختبار شوبير Schober Test إلى نقص العطف الأمامي للشوك القطني. تؤدي إصابة المفاصل الضلعية الفقرية إلى تحدد تمدد الصدر وقد تؤدي إصابة العين إلى التهاب القرنية. قد يتظاهر المرضى المصابون بمتلازمة رايتير Reiter Syndrome بقصة التهاب الملتحمة والتهاب الإحليل والتهاب المفاصل واعتلال مرتكزات العضلات أو الأوتار على العظام Enthesopathy (حدوث التهاب في نقطة ارتكاز الوتر على العظم) مثل التهاب وتر آشيل والتهاب اللقافة الأخمصية.

4. رجل 53 عاماً راجع العيادة بشكوى ألم مع يبوسة في اليدين والركبتين منذ 6 شهور. أي من الموجودات التالية في الفحص

السريري يمكن أن تساعد في التشخيص؟

- إيلام المفصل/ انصباب المفصل.
- طفح بقعي حطاطي.
- التهاب القرنية والجسم الهدبي.
- ضخامة الكبد والطحال.
- كل ما سبق.

الجواب: E.

5. مريض 20 سنة يشكو من ألم أسفل الظهر منذ أكثر من عام دون انتشار مع فحص سريري أبدى مضعاً في المفصلين العجزيين الحرقفيين. اختر المقاربة الأفضل:

- إجراء صورة للعمود القطني العجزي والبدء بالستيروئيدات.
- إجراء صورة للمفصلين العجزيين الحرقفيين وإعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- إجراء طبقي محوري للعمود القطني العجزي وإعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- إجراء ومضان للمفصلين العجزيين الحرقفيين والبدء بالسالبيرين.

الجواب: B.

الأسئلة (6-8):

- A. التهاب المفاصل الرثياني.
 B. داء لايم.
 C. التهاب مفاصل سيلاني (بالمكورات البنية).
 D. SLE.
 E. التهاب عضلات عديد.
 F. متلازمة جوغرين.
 G. آلام العضلات المتعددة الرثوية (Polymyalgia rheumatica (PMR)).
 H. التهاب المفاصل الارتكاسي (متلازمة رايتز).
 I. النقرس الكاذب.

اختر التشخيص الأكثر ملائمة من الأمراض السابقة لكل من الحالات السريرية التالية:

6. امرأة 20 سنة تعاني منذ أسبوعين من ترفع حروري وألم صدري جنبي، وألم وتورم في المعصم والمفاصل المشطية السلامية (MCP) والمفاصل السلامية القريبة (PIP) مع طفح حمامي فوق كلا خديها ووذمة أمام الظنوب ثنائية الجانب.
7. رجل 50 سنة يعاني من إحساس وجود رمل في عينيه مع جفاف في الفم منذ شهور عديدة، مع وجود آلام مفصلية غامضة في اليدين والركبتين مترافقة مع علامات تورم في الركبتين، مع آفات حاكة متفرقة على الربلتين والكاحلين.
8. رجل 80 سنة يعاني من ألم في الركبة اليمنى مع تورم فيها، مع ضخامة عظمية في المفاصل الثانية والثالثة المشطية السلامية (MCP) ومفاصل المعصم والسلاميات القريبة (PIP) والسلاميات البعيدة (DIP) في كلا الجانبين، ركبة المريض متورمة مع تحدد في حركة المفصل بسبب الألم، أظهرت الصورة الشعاعية وجود نقط كلسية فقط في الغضروف الهلامي في الركبة.

الجواب: (6: D).

■ التعليق: إن هذه المرأة الشابة تعاني من بداية مفاجئة من مرض مناعي جهازي يشمل على موجودات تقترح وجود التهاب في

الأغشية المصلية (ألم صدري جنبوي) والتهاب مفاصل وطفح جلدي وجهي (مثلاً: طفح جناحي الفراشة)، أما وجود وذمة أمام الظنوب حديثة العهد فهي تقترح إمكانية ضياع البروتين في البول بسبب إصابة الكلية (التهاب كبيبات الكلية أو المتلازمة النفروزية) وبالرغم من ضرورة المعلومات المخبرية لتشخيص إمكانية إصابة الأعضاء الأخرى [من هذه الاختبارات إيجابية أضداد الـ ANA] فإن الـ SLE هي السبب الأرجح لهذه الموجودات.

الجواب: (F: 7).

■ **التعليق:** يعاني هذا الرجل غالباً من متلازمة جوغرين، حيث أن جفاف الفم والعين يقترح إصابة الغدد اللعابية والدمعية في هذا المرض، وإن التقييم اللاحق للعين أو أخذ خزعة من الغدد اللعابية الشفوية يؤكد هذا التشخيص، ويعتبر الألم المفصلي تظاهر شائع الحدوث في متلازمة جوغرين. قد تكون هذه المتلازمة تالية لبعض الأمراض المناعية المزمنة كالداء الرثياني والذئبة الحمامية، أما الآفات الحاكة على منطقة الربلة فهي تقترح إمكانية وجود التهاب في الأوعية الصغيرة وهي تظاهر جلدي شائع في متلازمة جوغرين حيث الأعراض المفصالية أشد مع وجود علامات للمرض الأساسي.

الجواب: (I: 8).

■ **التعليق:** إن تظاهرات هذا الرجل تتسجم أكثر ما يمكن مع وجود التهاب مفاصل تنكسي مزمن مع حدوث التهاب مفاصل حاد إضافة لمرضه التنكسي الأصلي، كما أن التغيرات العظمية التنكسية تصيب مفاصل غير اعتيادية [مثل المعصم، والمشطية السلامية (MCPs)] وهي تشمل على تظاهر غير اعتيادي (تكلس غضروفية في الصورة الشعاعية للركبة) وأكثر ما تتسجم هذه الموجودات مع داء ترسب بيروفوسفات الكالسيوم (CPPD) الذي يسبب التهاب مفاصل تنكسي غير نموذجي، وغالباً ما ينتج التهاب الركبة الحاد الإضافي (النقرس الكاذب) عن تحرر بلورات الـ CPPD إلى مفصل الركبة، وإن وجود بلورات كاسرة للضوء المضاعف الإيجابي تحت الفحص بالمجهر ذو الضوء المستقطب باللون الأحمر المعدل للسائل الزليلي للركبة يشخص هذه الحالة.

9. مريضة 60 سنة شكت من ألم في الكتف والذراع يزداد ليلاً مع خدر

ونمل في الأصابع الرابع والخامس من نفس اليد منذ عدة أيام. كل

الضحوص التالية ضرورية عدا:

A. سرعة التثفل.

B. ال RF.

C. صورة للعمود الرقبي.

D. سكر الدم.

الجواب: B.

10. مريضة 12 سنة شكت من ألم وحرارة موضعية وتورم في المرفق مع

حرارة عالية وعرواءات. اختر المقاربة الأفضل:

A. إجراء بيض وصيغة وسرعة تثفل والبدء بالساليسيلات.

B. إجراء بيض وصيغة وسرعة تثفل والبدء بالصادات.

C. إجراء صورة للمرفق وإعطاء الإيبوبروفين.

D. إجراء بزل للمفصل والبدء بالصادات.

E. تثبيت المفصل والبدء بالصادات.

الجواب: D.

11. شكت سيدة 35 سنة عديدة الولادات من آلام هيكلية مع ضعف

خفيف في الزنار الحوضي. ما هو الفحص الأكثر نوعية

للتشخيص:

A. كلس وفوسفور الدم.

B. فوسفور الدم.

C. الفوسفاتاز القلوية وكالسيوم الدم.

D. عيار الهيدروكسي برولين بالبول.

E. 1.25 هيدروكسي برولين بالبول.

الجواب: C.

12. مريضة 18 سنة تشكو من صعوبة في صعود السلالم منذ عدة أشهر. أبدى الفحص السريري لديها ضعفاً عضلياً زنارياً وألماً بالدوران الوحشي للوركين وعلى مسير الأضلاع. كل النتائج المخبرية التالية متوقعة عدا:

- A. الكلس سوي.
 - B. انخفاض 1.25 هيدروكسي فيتامين D.
 - C. انخفاض الفوسفور.
 - D. بيلة سكرية.
 - E. ارتفاع CPK.
- الجواب: D.

13. من أسباب متلازمة النفق الرسغي (إجابة واحدة صحيحة):

- A. التهاب المفاصل الرثياني.
 - B. ضخامة النهايات.
 - C. الحمل.
 - D. A و C صحيحان.
 - E. كلها صحيحة.
- الجواب: E.

الأسئلة (14-17):

وافق ما يلي:

- 14. فرقرية هينوخ شونلاين.
 - 15. داء شوج - سترأوس.
 - 16. الحمى الرثوية.
 - 17. النقرس الكاذب.
- A. آلام مفصالية متقلة + إيجابية الـ CRP.
 - B. تكلس قرب الحدة الكبيرة للعضد.
 - C. التهاب مفاصل + فرقریات + ربو.
 - D. التهاب المفصل المشطي السلامي الأول مع ارتفاع حمض البول.
 - E. التهاب مفاصل مع فرقریات وآلام بطنية.
- الأجوبة: (E: 14)، (C: 15)، (A: 16)، (B: 17).

الأسئلة (18-20):

وافق ما يلي:

18. التهاب مفصلي حاد ببلورات بولات أحادية الصوديوم.

19. التهاب ببلورات بيروفوسفات الكالسيوم.

20. عوز الفيتامين D.

A. تكلس الغضاريف الهلالية.

B. إعطاء مثبطات الكزانين أو أكسيداز.

C. نقص الكتلة العظمية.

D. إعطاء الكولشيسين.

E. زيادة النسيج العظماني بالخزعة.

الأجوبة: (D: 18)، (A: 19)، (E: 20).

21. تشكو مريضة منذ عدة أشهر من ألم وانتباج في مفاصل اليدين

والقدمين مع يبوسة صباحية تتجاوز الساعة. كل الاختلاطات

التالية متوقعة عند هذه المريضة عدا:

A. انصباب جنب.

B. تليف رئة.

C. أخماج انتهازية.

D. التهاب أعصاب حسي حركي.

E. عقد تحت الجلد.

الجواب: C.

الأسئلة (22-23):

وافق بين الدواء والتأثير المناسب له:

22. الأسبرين.

23. البريدنيزولون.

A. نقص الصفائح.

B. تفعيل نوب الربو.

C. إيجابية أضداد النواة.

D. تخلخل عظام.

E. نقص الكريات البيض.

الأجوبة: (B: 22)، (D: 23).

الأسئلة (24-27):

وافق ما يلي:

24. الذئبة الولادية مع حصار قلب.
 25. التهاب ما حول الشريان العقدي.
 26. الداء الرثياني.
 27. إجهاضات عفوية متكررة.
 A. أضداد الكارديوليبين.
 B. أضداد الكيراتين.
 C. الـ ANCA.
 D. الـ SS-A (RO) والـ SS-B (IA).

الأجوبة: (A: 27)، (B: 26)، (C: 25)، (D: 24).

28. مريضة 40 سنة لديها تسعة أولاد تشكو من ألم في الحوض والأضلاع مع قتل في المشية مترق منذ عدة أشهر في عضلات الزنار الحوضي. كانت نتائج الفحوص المخبرية لديها كما يلي: سرعة التثفل 30 ملم/سا، البوتاسيوم 4 ميلي مكافئ/100 مل، الكلس 9.5 ملغ/100 مل، الفوسفاتاز القلبية 120 وحدة (ط 30-117).
 جميع الفحوص التالية ضرورية عدا:

- A. كلس البول.
 B. أضداد ANA.
 C. عيار 25 فيتامين D.
 D. فوسفور المصل.
 E. هرمون جارات الدرق.

الجواب: B.

29. رجل 68 سنة يشكو من ألم حاد وتورم في إبهام القدم اليمنى بدون قصة رض. أحد الأجوبة الآتية قد يساعد في التوجه للتشخيص:

- A. وجود انتكالات على الصورة الشعاعية.
 B. وجود انصباب عنق قدم أيمن مرافق.
 C. وجود عقدة غير مؤلمة على المرفق.
 D. استجابة جيدة للعلاج بالكولشيسين.

الجواب: D.

30. شاب 30 سنة حضر إلى الإسعاف يشكو من ألم حاد في الركبة اليمنى والرسغ الأيمن وفي مفصل عنق القدم الأيسر ومن آفات جلدية متعددة على الساعدين والساقين بعضها بشكل لطاخة والبعض الآخر بشكل بثري حويصلي. الفحص السريري أبدى مضعاً وتورماً في الأوتار حول المفاصل المصابة بدون تورم مفصلي. ما هو الاختبار الأفضل لوضع التشخيص:

- A. بزل السائل المفصلي.
- B. فحص الحوض ولطاخة من الإحليل.
- C. تحري العامل الرثياني.
- D. تحري وجود أضداد النواة.
- E. تحري وجود إنتان بالعقديات.

الجواب: B.

الأسئلة (31-33):

وافق الحالة المرضية مع الضد المناسب:

- 31. مريضة حامل مصابة بالذئبة.
- 32. الخمج بالمكورات العقدية.
- 33. داء واغنر.
- A. أضداد الستريبتولايزين.
- B. أضداد الجسم المركزي.
- C. أضداد ANA.
- D. أضداد ANCA.
- E. SS.A و SS.B.

الأجوبة: (E: 31)، (A: 32)، (D: 33).

34. مريضة 40 سنة تشكو منذ عدة سنوات من تغير لون الأصابع في الأطراف الأربعة إلى الأصفر فالأزرق فالأحمر عند التعرض للبرد. كل ما يلي محتمل عدا:

- A. صلابة جلد جهازية.
- B. متلازمة أضداد الفوسفولبيد.
- C. استعمال مركبات الأرغوتامين.
- D. متلازمة جوغرين.
- E. صمات متكررة.

الجواب: E.

الأسئلة (35-36):

وافق ما يلي:

35. فنتونين.

36. هيدروكلورتيازيد.

A. كثافة عظمية.

B. بلورات بولات أحادية الصوديوم.

C. بلورات بيروفوسفات.

الأجوبة: (A: 35)، (B: 36).

الأسئلة (37-39):

وافق ما يلي:

37. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

38. الميثوتريكسات.

39. البريدنيزولون.

A. تليف كبد.

B. نقص الرشح الكبي.

C. نقص الكثافة العظمية.

D. ذئبة حمامية محرضة بالأدوية.

E. اعتلال شبكية.

الأجوبة: (B: 37)، (A: 38)، (C: 39).

الأسئلة (40-43):

وافق ما يلي:

40. وريد لأم حامل مصابة بذئبة حمامية جهازية مع حصار قلب.

41. مريض مصاب بأفات رئوية متعددة مع التهاب كبد وكلية.

42. مريض 45 سنة مصاب بضرخريات وقرحات في الساقين.

43. مريض التهاب مفاصل رئوي مع تآكلات ضلعية.

A. أضداد SS/A-SS/B.

B. أضداد التهاب الكبد C.

C. العامل الرثوي.

D. أضداد الـ DNA.

E. أضداد الـ ANCA.

الأجوبة: (A: 40)، (E: 41)، (B: 42)، (C: 43).

44. مريضة 65 سنة تشكو من آلام مفصلية منذ ثلاثة أشهر في منطقتي الكتفين والحوض مع يبوسة صباحية لمدة ساعة. من الفحوص المخبرية المجرأة: سرعة التثفل 80 مم/سا، CRP (+)، RF (+)، حمض البول 7 مغ، رحلان البروتينات سوي. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

- A. هجمة نقرسية حادة.
 - B. التهاب مفاصل رثياني.
 - C. متلازمة الآلام العضلية المتعددة الرثوية.
 - D. متلازمة الآلام العضلية الليفية.
- الجواب: C.

45. مريض 45 سنة شكا من آلام عضلية ومفصلية منذ عدة أسابيع مع ظهور عقد حمراء مؤلمة على الجانب الوحشي للساق اليسرى وآلام بطنية وحرارة ونقص وزن. الفحص السريري سوي باستثناء الضغط (100/160 ملم زئبق) و ESR (35 ملم/سا) مع مخص بطني معمم دون تقفع وفقد المنعكس الدابري وحيد الجانب مع ضعف الطرف نفسه. التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. التهاب المفاصل التنكسي.
 - B. التهاب الشرايين العديد العقيدي.
 - C. اعتلال الأعصاب المحيطية.
 - D. التهاب المفاصل الرثياني.
- الجواب: B.

الأسئلة (46-47):

وافق ما يلي:

46. تصلب الجلد.

47. التهاب الأوعية.

- A. شحوب ثم ازرقاق ثم احمرار في أصابع اليد.
- B. فرغريات وتزرق شبكي.
- C. توسع شعريات دموية.
- D. جفاف الفم والعينين.

الأجوبة: (46: A)، (47: B).

48. كل ما يلي يحدث فيه التهاب قميص عضلي وعائي عدا:

A. داء رثياني.

B. بهجت.

C. التهاب فقار مقسط.

D. ذئبة جهازية.

الجواب: A.

49. طفل 6 سنوات شكى من تورم مفصل الركبة اليمنى ولديه

عقيدات تحت الجلد وحمامى شاحبة المركز. كل ما يلي ضروري

للتشخيص عدا:

A. أضداد الستربتولايزين.

B. تخطيط القلب.

C. إيكو القلب.

D. بزل السائل المفصلي.

الجواب: D.

50. شكت مريضة 45 سنة من انتفاخ صباحي بأصابع اليدين وعسرة

بلع مع بقع تصلبية بالجلد مع بقع من فرط ونقص التصبغ. كل ما

يلي صحيح عدا:

A. المريضة لديها غالباً ظاهرة رينو.

B. أضداد الـ Anti-Sc170 غالباً إيجابية.

C. المريضة لديها التهاب جلد وعضلات.

D. لدى المريضة غالباً تصلب جلد.

الجواب: C.

51. شكى شاب 25 سنة من قصة ألم بأسفل الظهر ينتشر إلى أحد

الإليتين مع يبوسة لمدة نصف ساعة وإصابة مفصل الركبة. كل ما

يلي محتمل عدا:

A. التهاب وتر آشيل.

B. قلاع.

C. قرحة هضمية.

D. إسهالات مدماة.

الجواب: C.

52. يشاهد القلاع في كل ما يلي عدا:

- A. بهجت.
- B. الداء الرثياني.
- C. SLE.
- D. التهاب الكولون القرصي.

الجواب: B.

الأسئلة (53-55):

وافق ما يلي:

- 53. حمى رثوية.
- 54. حمى مع شك ذئبية.
- 55. ضعف عضلي دان.
- A. التهاب مفصل الركبة بالطرفين عند طفل عمره 8 سنوات.
- B. أضداد الـ ANA.
- C. أضداد الـ SSA/SSB.
- D. انخفاض الكلس + انخفاض الفوسفور + ارتفاع فوسفاتاز قلبية.

الأجوبة: (A: 53)، (B: 54)، (D: 55).

56. في حمى البحر الأبيض المتوسط، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. التظاهرات المفصلية في 3/1 الحالات تكون مبكرة.
 - B. الحرارة عرض ثابت وترافق كل النوب.
 - C. وراثية جسمية صاغرة.
 - D. الكولشيسين علاج أساسي يخفف شدة النوب وتكرارها.
- الجواب: B.

57. شخص لديه التهاب حشفة حلقي على شكل اندفاعات محمرة

غير مؤلمة واضحة الحدود وقلاع قموي غير مؤلم. التشخيص:

- A. داء رايتز.
- B. داء بهجت.
- C. التهاب كولون قرصي.
- D. سيلان بني.
- E. صداف.

الجواب: A.

الأسئلة (58-60):

وافق ما يلي:

58. ميثوتركسات.

59. كلوروكين.

60. بريدينيزولون.

A. التهاب مائة نزي.

B. إصابة الشبكية.

C. عدم تحمل السكر.

D. سوء وظيفة الصفائح.

E. إصابة كبدية.

الأجوبة: (58: E)، (59: B)، (60: C).

61. مريضة تشكو من يبوسة صباحية لمدة خمس دقائق مع وهن

وتعاني من صداع شقيقي منذ 15 سنة. التشخيص:

A. داء نشواني.

B. داء رثياني.

C. ذئبة حمامية.

D. صلابة جلد.

9

الجواب: A.

62. مريضة عمرها 60 سنة لديها آلام زنارية في الكتفين والوركين

وتعاني من يبوسة صباحية مديدة دون صداع. اختبار كلس

وفوسفور و ALP المصل طبيعي، وسرعة التثفل 90. نعالجها بـ:

A. بريدينيزولون 15 ملغ.

B. بريدينيزولون 40 ملغ.

C. بريدينيزولون 15 ملغ + 150 أميران.

D. بريدينيزولون 40 ملغ + 150 أميران.

الجواب: A.

63. مريضة عمرها 18 سنة مصابة بآلام مفصلية مع تورم واحمرار في

مفاصل اليد والمعصم والركبة والكاحل مع حرارة وتعب ونقص وزن.

تطلب لها الفحوص التالية عدا:

A. سرعة التثفل.

B. صورة لليد.

C. العامل الرثياني.

D. أضداد الـ DNA.

E. تعداد بيض وصيغة.

الجواب: B.

64. مريضة 20 سنة مصابة بشحوب وازرقاق ثم احمرار اليدين

عند التعرض للبرد. كل ما يلي يجب أن يدخل في التشخيص

التفريقي عدا:

A. داء رينو.

B. متلازمة أضداد الفوسفوليبيد.

C. الذئبة الحمامية الجهازية.

D. صلابة الجلد.

E. التهاب الفقار المقسط.

الجواب: E.

65. مريضة عمرها 22 سنة تشكو من تورم وألم في الركبة اليسرى

على الحركة وذلك منذ 9 أشهر دون قصة رض أو أعراض عامة. من

أجل التشخيص نلجأ إلى كل ما يلي عدا:

A. بزل المفصل وتحليل السائل المفصلي.

B. تفاعل رايت.

C. معايرة أضداد النواة.

D. تنظير المفصل.

الجواب: B.

الأسئلة (66-68):

اختر التشخيص المناسب للقصص السريرية المذكورة:

66. مريض 65 سنة شاحب يشكو من آلام قطنية مستمرة منذ

شهرين. لديه نقص وزن عدة كيلوغرامات. سرعة التنفّل

115 ملم/ز في الساعة الأولى. الكلس والفوسفور والفوسفاتاز

القلوية في الدم ضمن الحدود السوية.

67. طفل 10 سنوات لديه صعوبة بالمشي، أظهرت الصور الشعاعية

للكبتين وجود مشاش عريضة متسعة وغير منتظمة، مع نقص

تكلس شعاعي معمم وتقوس الظنوب في الجهتين.

68. مريضة 35 سنة لديها آلام هيكلية معممة مع سهاف وبوال، أبدت

الفحوص المخبرية لديها ارتفاع في كلس الدم مع ارتفاع في مقادير

هرمون جارات الدرق. أظهرت صور اليدين الشعاعية ارتشاف

العظم تحت السمحاق وارتشاف السلاميات القاصية.

A. التهاب مفاصل رثياني.

B. الكساح.

C. فرط نشاط جارات الدرق البدئي.

D. ورم نقوي متعدد.

E. داء تنكسي.

الأجوبة: (66: D)، (67: B)، (68: C).

69. تتحسن الإصابة أثناء الحمل في (إجابة واحدة صحيحة):

A. الذأب الحمامي الجهازى.

B. الداء الرثياني.

C. صلابة الجلد.

D. التهاب العضلات العديده.

E. داء النسيج الضام المختلط.

الجواب: B.

70. مريضة بعمر 35 سنة تشكو من آلام مفصلية في الكاحلين والركبتين وأسفل الظهر والمرفقين منذ سنة دون تورم أو ييبوسة صباحية. بالفحص لوحظ أن المريضة قادرة على وضع كامل راحتيها على الأرض بالانحناء نحو الأمام من وضعية الوقوف دون عطف الركبتين، وقد بلغت درجة بسط أصابع اليدين 100 درجة ودرجة بسط المرفقين 20 درجة ودرجة بسط الركبتين 20 درجة ودرجة عطف الوركين 140 درجة وتبعيدهما 40 درجة. ما هو العلاج الأمثل:

- A. تطمين المريضة والرياضة.
 B. تطمين المريضة وإعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 C. تطمين المريضة وإعطاء الستيروئيدات فمويًا.
 D. إعطاء مضادات الكآبة ثلاثية الحلقة.
 E. تطبيق العلاج بمضادات عامل النخر الورمي.
- الجواب: A.

71. مريض سكري بعمر 60 سنة يشكو من ألم في منطقة الكتف الأيسر منذ شهر مع تحديد حركة التبعيد ولاسيما ضد مقاومة. تترافق هذه الحالة مع كل ما يلي عدا:

A. التهاب مفصل تحت حاد.
 B. التهاب مفصل إثنائي.
 C. داء ترسب الأصبغة الدموية.
 D. الداء النشواني.
 E. اعتلال وتري جهدي.

الجواب: D.

72. مريضة بعمر 30 سنة تشكو من آلام في الكتفين وأسفل الظهر والوركين منذ 3 سنوات مع حس إنهاك صباحاً وييبوسة تدوم ساعات دون أن تعيقها عن الحركة تظهر عند الشدة النفسية على وجه الخصوص، مع شكوى أرق شديد منذ سنوات. أظهر الفحص

السريري مفضلاً قرب العديد من مرتكزات الأوتار في الجسم دون تحدد حركة المفصل أو تورمها. يرجح أن يفيد كل من العلاجات التالية في هذه الحالة عدا:

- A. مضادات الكآبة.
 - B. حقن النقاط الألمية بالمخدر الموضعي.
 - C. التطمين والعلاج السلوكي للتغلب على الألم.
 - D. الستيروئيدات القشرية الفموية.
 - E. مضادات استرداد السيروتونين.
- الجواب: D.

73. مريضة بعمر 25 سنة تشكو من آلام في المفاصل البعيدة لليدين منذ سنة مع يبوسة صباحية تدوم قرابة ربع ساعة، وتشكو من زلة تنفسية جهدية متفرقة. شعاعياً؛ كانت هناك ارتشاحات شبكية عقيدية على صورة الصدر توحى ببدء تليف رئة، وانقراص المسافة المفصالية السلامية لأصابع اليدين مع تشكلات كيسية قرب نهاية السلامية الوسطى اليمنى دون وجود تآكلات مفصالية واضحة. التشخيص الأرجح هو:

- A. التهاب مفاصل رثياني.
 - B. صلابة جلد.
 - C. التهاب مفاصل نقرسي.
 - D. التهاب مفاصل بالساركوئيد.
 - E. نقرس كاذب.
- الجواب: D.

74. مريض بائع متجول بعمر 40 سنة يشكو من ألم في أخمص العقب الأيمن منذ شهر يكون في ذروته صباحاً عند بدء المشي ثم يخف قليلاً بالمشي ليعاود بالمشي المديد. بالفحص يوجد مضمض فوق أخمص العقب الأيمن. مخبرياً؛ سرعة التثفل 22 ملم/الساعة الأولى، ما هو العلاج الأفضل؟

- A. الكولشيسين والألوبيورينول.
- B. البتربرومارون.

- C. البريدنيزولون.
 D. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
 E. السلفاسالازين.
 الجواب: D.

75. كل ما يلي أمراض التهابية عدا:

- A. تنكس المفاصل.
 B. الداء الرثياني.
 C. الذئبة الحمامية الجهازية.
 D. التهاب العضلات والجلد.
 الجواب: A.

76. التظاهرات الأساسية في حمى البحر الأبيض المتوسط ما يلي عدا:

- A. الحمى.
 B. ضخامة طحال.
 C. تظاهرات مفصلية.
 D. ألم الصدر.
 الجواب: B.

77. طفل مصاب بكسور عفوية - صمم - ولديه صلبة زرقاء. ماذا

تتوقع أن يكون لديه؟

- A. التعظم الناقص.
 B. أهلردانلوس.
 C. تناذر مارفان.
 D. هشاشة عظام وراثية.
 الجواب: A.

78. قد يعبر الألم الجذري عن كل ما يلي عدا:

- A. انضغاط جذري.
 B. تضيق القناة الشوكية.
 C. داء المنطقة.
 D. متلازمة رايتز.
 الجواب: D.

79. أي من الأدوية التالية يمنع استخدامها أثناء الحمل:

- A. الميثوثريكسات.
- B. أزاثيربين.
- C. سيكلوسبورين.
- D. مضادات الـ TNF.

الجواب: A.

80. في حمى البحر الأبيض المتوسط (إجابة واحدة خاطئة):

- A. التهابات مفصالية في ثلثي الحالات.
- B. أعراض بطنية في أغلب الحالات.
- C. الأعراض السريرية تصل لذروتها بعد 12-40 ساعة بشكل دائم.
- D. أعراض صدرية في أغلب الحالات.

الجواب: C.

81. تكون الآفة الأساسية في الغشاء الزليل في:

- A. التصلب الجهازى المعمم.
- B. الداء الرثياني.
- C. داء واغنر.
- D. التهاب المفاصل التتكسي.

الجواب: B.

82. في كل ما يلي شاهد حمى عقدة عدا:

- A. الساركويد.
- B. التدرن.
- C. الالتهاب المعوي باليرسينيا.
- D. الداء النشواني.
- E. داء بهجت.

الجواب: D.

83. فيما يتعلق بسرعة التثفل، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. نوعية للالتهاب.
- B. تتخفض في فقر الدم المنجلي.
- C. تتخفض في كثرة الكريات الحمر.
- D. تتأخر في العودة للقيمة الطبيعية بعد زوال الالتهاب.

الجواب: A.

84. فيما يتعلق بالبروتين الارتكاسي C، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. بروتين طور حاد.
 - B. يصنعه الكبد.
 - C. عدم ارتفاعه ينفي الإصابة الالتهابية.
 - D. يزداد بسرعة ويعود للسواء بسرعة.
- الجواب: C.

85. فيما يتعلق بأضداد النوى ANA: (إجابة واحدة خاطئة):

- A. تدل على وجود إصابة أكيدة بالذئبة الحمامية.
 - B. أضداد تتفاعل مع مستضدات موجودة في نوى الخلايا.
 - C. إيجابية عند معظم مرضى الذئبة الحمامية.
 - D. إيجابية عند معظم مرضى الصلابة المجموعية.
- الجواب: A.

86. كل ما يلي صحيح فيما يتعلق بالمتمة عدا:

- A. تتفاعل بمستضدات جرثومية أو بمعقدات مناعية.
 - B. زيادة النفوذية الوعائية.
 - C. انجذاب الكريات البيض.
 - D. تنخفض C2, C4 في الداء الرثياني.
- الجواب: D.

87. يستخدم التصوير الطبقي المحوري في كل ما يلي عدا:

- A. التهاب المفصل العجزي الحرقفي.
 - B. إصابة المفصل القصي الترقوي.
 - C. النخرة العقيمة.
 - D. تقييم الإصابة الرئوية الخلالية المرافقة للتصلب المجموعي.
 - E. إصابة الأوتار والمركزات في المفصل العجزي الحرقفي.
- الجواب: E.

88. كل ما يلي صحيح في الرنين المغناطيسي عدا:

- A. إصابة النسخ الرخوة.
 - B. آفات النقي العظمية.
 - C. انفتاق القرص.
 - D. النخرة العظمية العقيمة.
 - E. كسور الفقرات.
- الجواب: E.

89. عند مريضة مصابة بانهدام فقري، أسرع طريقة لتخفيف الألم

هي عن طريق:

A. تصنيع الفقار.

B. الستيروئيدات.

C. ال NSAIDS + الراحة.

D. ارتداء المشد الجبصيني.

الجواب: A.

90. مريض يعاني من آلام بالمفاصل بين السلامية القاصية ومفصل

الركبة وأسفل الظهر مع قصة اندفاعات جلدية ووسوف.

التشخيص الأفضل:

A. التهاب فقار مقسط.

B. داء رثياني.

C. التهاب مفاصل صدائي.

D. ذئبة حمامية جهازية.

الجواب: C.

91. مريض عمره 75 سنة يشكو من صداع صدغي وحيد الجانب منذ

عدة أسابيع. الفحص السريري سوي، والفحوصات المخبرية سوية

كذلك عدا الضغط الشرياني (110/160 ملم زئبقي) والخضاب

(11 غ/د.ل) وسرعة التثفل (90 ملم/سا).. اختر الإجابة

الصحيحة مما يلي:

A. المريض مصاب بداء رثياني.

B. المريض مصاب بالتهاب شريان ذي خلايا عرطلة.

C. الصداع ناجم عن فرط التوتر الشرياني.

D. الصداع ناجم عن فقر دم.

الجواب: B.

92. شابة عمرها 18 سنة لديها ارتفاع حرارة مع آلام مفصلية تعاني نقص

وزن ونقص شهية مع طفح جلدي على الوجه. المريضة مصابة ب:

A. التهاب أوعية.

B. ذئبة حمامية جهازية.

C. التهاب جلد وعضلات.

D. التهاب مفاصل تدرني.

الجواب: B.

93. راجع شاب عمره 23 سنة يشكو من ألم مفصل ركبته اليمنى بالإضافة إلى احمرار في الساق اليسرى مع تورم مؤلم. عند هذا الشاب:

- A. انقراض الفاصل المفصلي.
- B. مناقير عظمية.
- C. تصلب الحواف العظمية.
- D. ارتشاحات رئوية بصورة الصدر.

الجواب: D.

94. شكا شاب عمره 25 سنة من تشوش مفاجئ للرؤيا مع حس خوف من الضياء رافقته آلام مفصلية التهابية. نشاهد عند هذا الشاب:

- A. تليف قمتي الرثتين.
- B. إصابة دسامات القلب.
- C. إسهالات متكررة.
- D. داء بهجت.

الجواب: D.

95. شكت سيدة عمرها 65 سنة من آلام مزمنة يومية صباحية مديدة في الركبتين. بالفحص السريري كانت هناك ضخامة عظمية مع فرقة خشنة. سبب هذه الآلام عند المريضة:

- A. التهاب الغشاء الزليل.
- B. الكسور المجهرية.
- C. تآكل الغضروف.
- D. تمدد محفظة المفصل.

الجواب: C.

96. شابة 17 سنة تشكو من آلام بطنية مترافقة مع آلام مفصلية وحرارة وتعالج بين النوب بفيتامين B. التشخيص الأفضل:

- A. حمى البحر المتوسط.
- B. التهاب مفاصل نقرسي.
- C. التهاب مفاصل صديفي.
- D. ذئبة حمامية جهازية.

الجواب: A.

الأسئلة (97-100):

وافق التشخيص مع القصة السريرية:

97. سيدة عمرها 45 سنة تعاني منذ سنة بيوسة صباحية مديدة مترافقة مع تورم الرسغين والمفاصل بين السلامية القريبة في اليدين والرجلين والركبتين.

98. شابة عمرها 25 سنة لديها حمى وآلام مفصالية تشكو من نقص وزن وسقوط شعر (حاصات).

99. سيدة غير مدخنة ولا تتناول أدوية عمرها 30 سنة تشكو من آلام مفصالية من 16 شهراً مع عسر بلع.

100. راجعت مريضة تشكو من جفاف فم وتقرحات في العين بدون دماغ يرافقها تعب وحرارة خفيفة وآلام عضلية ومفصالية.

A. ذئبة حمامية.

B. متلازمة جوغرين.

C. داء رثياني.

D. تصلب مجموعي.

الأجوبة: (97: C), (98: A), (99: D), (100: B).

101. مريض سكري عمره 35 سنة يشكو من ألم مع عدم قدرة على رفع الذراع 90 درجة. التشخيص:

A. ترسب بلورات.

B. التهاب محفظة مفصالية (وتر الكتف).

C. داء رثياني.

D. داء تنكسي.

الجواب: B.

102. يشكو شاب من ألم أسفل الظهر يتحسن بالحركة ويوقظه من النوم ليلاً منذ شهر، لوحظ بالفحص وجود اندفاعات حطاطية محمرة متوسفة على السطح الباسط للمرفقين مترافقة مع انصباب في الركبة اليسرى. يطلب له كل ما يلي عدا:

A. CRP (البروتين الارتكاسي).

B. ESR (سرعة التثفل).

C. صورة بسيطة للمفصلين العجزيين الحرقفيين.

D. عيار متممة كلي.

الجواب: D.

103. مريض 40 سنة عنده ألم مع انتباج في مفصل الركبة الأيمن وكان قد عانى من هجمات سابقة مماثلة منذ شهرين. كل ما يلي يفيّد في تدبيره عدا:

A. حقن للسيتروثييدات ضمن المفصل.

B. كولشيسين.

C. لا يستطب إعطاء الألوبيرينول.

D. صادات لمنع الإنتان.

الجواب: D.

104. شكت سيدة 60 سنة من ارتفاع طفيف في الحرارة مع آلام عضلية في الكتفين ويبوسة صباحية لأكثر من ساعة. سرعة التنثفل 100 ملم في الساعة الأولى، والخضاب 10غ، والارتفاع في الفوسفاتاز القلوية ضعف الطبيعي. كل ما يلي متوقع عند هذه المريضة عدا:

A. حدوث التهاب زليلي في الركبتين.

B. الضعف العضلي شائع وتؤكد الأذية بتخطيط العضل الكهربائي.

C. حدوث نقص الوزن والقهم.

D. حدوث الصداع وشواش الحس في فروة الرأس.

الجواب: B.

105. شكّا مريض 30 سنة من ألم في ناحية الكتف الأيمن. أبدى الفحص المفصلي ألم وإيلام algogenesis عند محاولة تبعيد الكتف وخاصة عند إجراء التبديد تجاه مقاومة. باقي حركات المفصل سوية. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

A. التهاب محفظة الكتف.

B. التهاب مفصل إبتاني.

C. التهاب وتر العضلة فوق الشوك musculus supraspinatus.

D. التهاب وتر العضلة ذات الرأسين biceps muscle.

الجواب: C.

106. سيدة 55 سنة تشكو منذ عدة سنوات من آلام في الركبتين تزداد خاصة عند المشي ونزول الدرج. تبين بالفحص وجود مضمض tenderness في الناحية الأنسية مع ضخامة في الركبتين على حساب العظم وفرقعة crepitus خشنة. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. الداء الرثياني rheumatoid disease.
 - B. التهاب الفقار المقسط ankylosing spondylitis.
 - C. الداء التنكسي degenerative disease.
 - D. الذئبة الحمامية الجهازية systemic lupus erythematosus.
- الجواب: C.

107. يفيد الـ MRI في كل ما يلي عدا:

- A. التهاب الفقار المقسط.
 - B. فتق النواة اللبية.
 - C. التهاب العضلات.
 - D. النقرس الحاد.
 - E. تنكس مفصل الركبة.
- الجواب: D.

108. في أي من أمراض الغراء التالية يكون انصباب الجنب أكثر شيوعاً:

- A. التهاب الفقار المقسط.
 - B. التهاب المفاصل الرثياني.
 - C. التهاب الجلد والعضلات.
 - D. تصلب الجلد المعمم.
 - E. التهاب العضلات المعمم.
- الجواب: B.

109. يشاهد تموت رأس الفخذ في (إجابة واحدة صحيحة):

A. النقرس.

B. داء رايتز.

C. التهاب الفقار المقسط.

D. الذئبة الحمامية.

E. تلين العظام.

الجواب: D.

110. يشاهد التهاب القرنية الناكس في إجابة واحدة صحيحة):

A. النقرس المزمن.

B. داء رايتز.

C. التهاب الفقار المقسط.

D. المعالجة المديدة بالستيروئيدات.

E. التهاب الجلد والعضلات.

الجواب: C.

111. من أسباب متلازمة النفق الرسغي ما يلي عدا:

A. داء رايتز.

B. التهاب الوتر والزليل بألية التهابية.

C. التهاب الوتر والزليل الإيتاني (سل، جذام).

D. بلورات مجهرية (نقرس، كلاس غضروفي).

E. الداء النشواني.

الجواب: A.

112. في الستيروئيدات، كل ما يلي صحيح عدا:

A. تستخدم للحقن الموضعي في الأمراض الالتهابية.

B. تستخدم في الداء الرثياني بجرعات صغيرة عن طريق الفم.

C. تعطى بجرعات كاملة في الأمراض الجهازية الكبيرة.

D. يحدث استخدامها المديد نقصاً في الكتلة العظمية.

E. لا تعدل من سير المرض في الداء الرثياني.

الجواب: E.

113. في حثل دوشين، كل ما يلي صحيح عدا:

- A. ينتقل بالصبغي الجنسي X.
- B. يصيب الذكور والإناث على السواء.
- C. يبدأ بإصابة الزنار الحوضي.
- D. يفقد الطفل المشي بعمر العشر سنوات.

الجواب: B.

114. يشكو مريض 65 سنة من آلام قطنية ميكانيكية تنتشر للطرف

السفلي الأيمن مع وجود خدر ونمل أحياناً، تزداد خاصة بعد المشي وقد تضطره للتوقف أحياناً. مسافة المسير التي يحدث بعدها الألم متبدلة. التشخيص المحتمل هو:

- A. متلازمة لوريث.
- B. تنكس العمود القطني.
- C. تلين العظام.
- D. الآلام العضلية المتعددة الرثوية.
- E. فتق النواة اللبية.

الجواب: B.

115. مريضة 45 سنة تشكو من آلام عضلية مفصالية معممة تزداد

بالبرد، الفحص السريري سوي باستثناء وجود عدة نقاط مؤلمة حول المفصل وعند مرتكزات الأوتار. التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. ألم الليف العضلي.
- B. تصلب الجلد.
- C. داء الرثياني.
- D. ذئبة حمامية جهازية.

الجواب: A.

116. اختر الخطأ في فتق النواة اللبية:

- A. S1-L5، L5-L4 تشكل 90%.
- B. إصابة S1 ← ضعف عضلات الإبهام.
- C. إصابة L5 ← ضعف منعكس الداغصة.
- D. إصابة S1 ← غياب منعكس الداغصة.

الجواب: D.

117. مريض 50 سنة يشكو من ألم أسفل الظهر مع انتشار جذري إلى الطرف السفلي الأيسر. أبدى الفحص السريري ضعفاً في بسط الإبهام. سرعة التثفل 35 ملم. التشخيص الأكثر احتمالاً:
- A. آفة درنية في الفقرة القطنية الخامسة والقرص الغضروفي المجاور.
- B. ورم نقوي عديد.
- C. فتوق نواة لبية.
- D. ألم ارتكاسي من المفصل العجزي الحرقفي.

الجواب: C.

118. شاب عمره 30 سنة لديه ألم في أسفل الظهر ويبوسة منذ سنة، الألم يسوء في الصباح لكنه يتحسن مع تقدم النهار. لوحظ بالفحص السريري غياب القعس القطني. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- A. انفتاق نواة لبية.
- B. التهاب فقار مقسط.
- C. تلين عظام.
- D. ورم نقي عديد.
- E. تخلخل عظام.

الجواب: B.

119. تشكو سيدة 55 سنة من آلام قطنية شديدة منذ عدة أيام. سرعة التثفل لديها طبيعية، ولا يوجد فقر دم، وعيار الكلس والفوسفور في الدم ضمن الحدود الطبيعية وكذلك الفوسفاتاز القلوية. أبدت صورة الفقار الشعاعية نقصاً في الكثافة العظمية مع انهدام في الفقرة القطنية الأولى. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- A. تخلخل العظام.
- B. تلين العظام.
- C. ورم نقوي عديد.
- D. التهاب العظم الكيسي الليفي.

الجواب: A.

120. مريضة 65 سنة تشكو من ألم ظهري مع مضمض موضع أسفل الفقرات الظهرية. الفحص العصبي سوي. سرعة التثفل 85 ملم/سا. أظهرت الصور الشعاعية البسيطة تخريباً في حواف الفقرتين 12 و 1 مع تضيق شديد في المفاصل بينهما. كل الفحوص التالية ضرورية عدا:

- A. تفاعل رايت.
- B. تفاعل السلين.
- C. تصوير بالرنين المغناطيسي للمنطقة المصابة.
- D. خزعة من المنطقة المصابة.

الجواب: B.

121. يشكو مريض 25 سنة من ألم أسفل الظهر يتحسن بالحركة ويسوء بالراحة مع يبوسة صباحية مديدة. كل الفحوص المخبرية التالية يمكن أن تكون إيجابية عدا:

- A. إيجابية الـ HLAB27.
- B. ارتفاع سرعة التثفل.
- C. تصلب حواف المفصلين العجزيين الحرقفيين على الأشعة.
- D. إيجابية العامل الرثياني.
- E. بيلة دموية.

الجواب: D.

122 مريض 25 سنة يشكو من ألم أسفل الظهر منذ عدة أشهر مع يبوسة صباحية مديدة دون علامات عصبية بالفحص السريري. سرعة التثفل وفحص البول ضمن الحدود الطبيعية. اختر الفحص الأفضل لوضع التشخيص:

- A. صورة للمفصلين العجزيين الحرقفيين.
- B. HLA23.
- C. تصوير طبقي محوري للفواصل القطنية السفلية.
- D. تصوير بالرنين المغناطيس للعمود القطني العجزي.

الجواب: A.

الأسئلة (123-126):

وافق ما يلي:

123. سيدة 55 سنة تشكو من آلام هيكلية معممة مع انهدام فقري في القطنية الرابعة على الصورة الشعاعية. الكلس والفسفور والفسفاتاز القلوية ضمن الحدود السوية. سرعة التثفل سوية.

124. سيدة 30 سنة لديها آلام هيكلية معممة مع سوء امتصاص ونقص بالكلس والفسفور وارتفاع الفوسفاتاز القلوية. سرعة التثفل سوية.

125. مريض 70 سنة لديه آلام قطنية حديثة العهد مع فقر دم وارتفاع شديد بسرعة التثفل.

126. مريض لديه قصور كلوي مزمن مع ارتفاع بالفوسفاتاز القلوية والPTH.

A. ورم نقوي عديد.

B. التهاب عظم كيسي ليفي.

C. تلين عظام.

D. تخلخل عظام.

E. داء باجيت.

الأجوبة: (D: 123)، (C: 124)، (A: 125)، (B: 126).

127. سيدة 55 سنة لديها التهاب في مفصلي الركبتين مع تورم وحرارة موضعية. أبدى الفحص المخبري وجود انصباب في الركبتين مع ضخامة زليلية. المريضة معروفة بإصابتها بفرط نشاط جارات الدرق. اختر الإجابة الصحيحة مما يلي:

A. التهاب مفصل ببلورات بيروفوسفات الكالسيوم.

B. التهاب مفصل ببلورات بولات الصوديوم الأحادية.

C. التهاب مفصل ببلورات هيدروكسي الأباتيت.

D. التهاب عظم كيسي ليفي.

E. تلين عظام.

الجواب: A.

128. تؤهب كل من العوامل التالية لزيادة تواتر حدوث ألم أسفل

الظهر عدا:

A. التدخين.

B. العمل المجهد.

C. تقدم العمر.

D. زيادة الوزن.

E. زيادة الطول.

الجواب: E.

129. شكى شاب عمره 24 عاماً من ألم أسفل الظهر حاد يخف على

الحركة والدفء. بالفحص السريري كان هناك إيلام بجس

العضلات. يعد كل من العوامل التالية مؤهباً لهذه الإصابة عدا:

A. رخاوة الأربطة.

B. الشد على العضلات.

C. الرض.

D. التدخين.

E. الجنس الذكري.

الجواب: E.

130. شكى شاب عمره 23 عاماً من ألم أسفل الظهر ينتشر إلى الأليتين

منذ 3 أشهر يزداد بالراحة ويخف بالحركة ويوقظ المريض من

النوم في ساعات الصباح الباكرة. من المتوقع عند إجراء صورة

للمفصلين الحرقفيين العجزيين مشاهدة كل ما يلي عدا:

A. صورة طبيعية.

B. تصلب الحواف المفصالية وتشرشرها.

C. توسع كاذب للفواصل المفصلي.

D. التحام نهائي.

E. انهدام الوجه الخلفي للفقرات القطنية.

الجواب: E.

131. كل الموجودات التالية صحيحة في علاج ألم أسفل الظهر عدا:
- A. تستطب المرخيات العضلية في الأسبوع الأول.
 B. تستخدم المسكنات البسيطة.
 C. لا داعي للراحة في السرير لعدم وجود أعراض انضغاط جذري.
 D. تتحدد مدة الجلوس لفترات طويلة.
 E. يفضل النوم على سطح قاس.
- الجواب: E.
132. يعد كل ما يلي من الأمراض المصنفة ضمن اعتلال المفاصل سلبى المصل عدا:
- A. التهاب الفقار المقسط.
 B. داء بهجت.
 C. متلازمة رايت.
 D. الإصابة التالية للصداف (الروماتزم الصدائي).
 E. الإصابة التالية لآفات الأمعاء الالتهابية.
- الجواب: B.
133. مريض عمره 60 سنة لديه آلام في مفصلي الركبتين والكاحلين منذ 3 أيام مع انصباب غزير وتيبس فيهما مع نقص شهية ووزن وفرطريات على الساقين تذكرنا بالتهاب الأوعية أو هنوخ شونلاين، والـ RF إيجابي، التشخيص الأكثر احتمالاً:
- A. التهاب مفاصل رثياني.
 B. التهاب مفاصل بلوراتي.
 C. ساركويد.
 D. متلازمة نظيرة ورمية.
 E. التهاب مفاصل إنتاني.
- الجواب: D.
134. في التهاب الأوتار الحاد:
- A. يشتد الألم بشد العضلة أو الضغط على الوتر.
 B. تشيع الإصابة المضيقية في الداء السكري.
 C. التهاب وتر آشيل واللفافة الأخمصية هي الأشيع في الطرف السفلي.
 D. يعالج بالبرودة والستيروئيدات والتمارين الرياضية.
- الجواب: D.

135. مريضة 15 سنة تشكو من نوب آلام بطنية أو جنبية أو مفصلية مع حرارة وإقياء متكرر منذ عدة سنوات. دراسة البطن بالإيكو سلبية. الأخ مصاب بقصة مماثلة. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

A. التهاب الليف العضلي.

B. فرغرية هينوخ شونلاين.

C. حمى رئوية.

D. حمى البحر الأبيض المتوسط.

الجواب: D.

136. مريضة عمرها 24 سنة تشكو من ألم بطني وألم صدري يأتي بشكل نوب تستمر من 2 إلى 4 أيام مع ارتفاع حرارة. كل ما يلي لديها عدا:

A. بييلة بروتينية.

B. استجابة على الكولشيسين.

C. خزعة أمعاء تدل على إصابة التهابية.

D. قصة عائلية.

الجواب: C.

137. فيما يتعلق بالورم الزغبيبي العقيدي المصطبغ (إجابة واحدة خاطئة):

A. يصيب الذكور والإناث بعمر الشباب.

B. يتطور على حساب الزليل.

C. الإصابة عديدة المفاصل دائماً.

الجواب: C.

138. في حمى البحر المتوسط (إجابة واحدة خاطئة):

A. ألم بطني.

B. دائماً تصل لذروتها بعد 12-40 ساعة.

C. التهابات مفصلية في ثلثي الحالات.

D. إصابة قلبية في 50% من الحالات.

الجواب: D.

139. في حمى البحر المتوسط (إجابة واحدة خاطئة):

- A. التظاهرات المفصلية في ثلثي الحالات.
 - B. الحرارة عرض ثابت وترافق كل النوب.
 - C. وراثية جسمية غير صاغرة.
 - D. الكولشيسين علاج أساسي يخفف شدة النوب وتكرارها.
- الجواب: D.

140. مريض 40 سنة عنده ألم مع انتباج في مفصل الركبة الأيمن عانى من هجمات سابقة مماثلة منذ شهرين. كل ما يلي يفيد في تمييزه عدا:

- A. حقن الستيروئيدات ضمن المفصل.
 - B. الكولشيسين.
 - C. لا يستطب إعطاء الألوبيرينول.
 - D. صادات لمنع الإلتان.
- الجواب: D.

141. طفل 15 سنة يعاني هجمات ألم بطني + حرارة + التهاب مفاصل. التشخيص الأرجح:

- A. حمى رئوية.
 - B. حمى البحر الأبيض المتوسط.
 - C. رثياني شبابي.
 - D. داء رايتز.
- الجواب: B.

142. مريضة عمرها 67 سنة لديها تورم في السلاميات القريبة والبعيدة. أي مما يلي لا يستبعد:

- A. التهاب مفاصل رثياني.
 - B. انصباب مفصل ورمي.
 - C. التهاب مفاصل تقيحي.
 - D. داء تنكسي.
- الجواب: D.

143. فيما يتعلق بال ANA، كل ما يلي صحيح عدا :

- A. لا تشاهد عند الأصحاء.
- B. تكون إيجابية في معظم حالات الذئبة الحمامية الجهازية.
- C. توجد في أمراض غير الذئبة الحمامية الجهازية.
- D. توجد بنسبة عالية عند مرضى صلابة الجلد.
- E. أضداد موجهة ضد مستقبلات ضمن النواة.

الجواب: A.

144. مريض عمره 45 سنة لديه ألم في مفصل الركبة حاد مع قصة

مماثلة منذ عدة أشهر. كل ما يلي صحيح عدا:

- A. البدء بالصادات الوريدية فوراً حتى لا يتخرب المفصل.
- B. حقن الستيروئيدات الموضعية ضمن المفصل.
- C. لا يستخدم الألوبيورينول في الهجمة الحادة.
- D. يستخدم الكولشيسين.

الجواب: A.

145. مريضة 60 سنة تشكو منذ عدة أشهر من ألم ركبة عند العطف

فقط. لا توجد قصة رض، ومدى الحركة طبيعي، ويوجد مضمض على الوجه الأنسي للركبة، كما تجس ضخامة عظمية وفرقة خشنة على الجانب الأنسي. مخبرياً: ESR = 15، CRP طبيعي. التشخيص الأكثر احتمالاً:

- A. الداء الرثياني.
- B. داء تنكسي في الركبة.
- C. تمزق الرباط الأنسي.
- D. تمزق الغضروف الهلالي الأنسي.
- E. التهاب مفصل بلوراتي.

الجواب: B.

146. مريضة عمرها 60 سنة تشكو من ألم في الركبة منذ عدة

سنوات شكت فجأة من ألم وتورم في الربلة اليسرى. السبب الأكثر احتمالاً هو:

- A. التهاب وريد خثري.
- B. انبثاق كيسة بيكر.
- C. عرج متقطع وعائى.
- D. عرج متقطع فقري.
- E. التهاب عضلات موضع.

الجواب: B.

147. سيدة عمرها أكثر من (40) سنة تشكو من ألم في الركبة اليمنى، مع إيلام ومضض بالناحية الأنسية للركبة مع نمو عظمي وفرقعة، (CRP) طبيعي، التشخيص الأرجح:

- A. التهاب مفاصل تنكسي.
- B. التهاب رباط أنسي.
- C. التهاب غضروف أنسي.
- D. تمزق غضروف أنسي.
- E. تمزق رباط وحشي.

الجواب: A.

148. مريض كبير بالسن لديه ألم بمفصل الركبة متكرر منذ سنة،

يتضمن تدبير المريض ما يلي عدا:

- A. يُعطى الكولشيسين.
- B. لا يُعطى الألوبيورينول.
- C. كورتيكوستيروئيدات بالمفصل.
- D. إعطاء صاد خوفاً من تخرب المفصل.
- E. بزل المفصل.

الجواب: D.

أسئلة بدون خيارات

149. ما المرض الذي يتوجب عليك الاشتباه به في مريض لديه بحّة صوت، وتورم في الأذنين وقصور أبهر؟
التهاب غضاريف متعدد ناكس.

150. ما هما الحالتان اللتان تجد فيهما أشرطة شبه وعائية في قعر العين؟
الصفروم الكاذب المرن وداء باجيت.

151. تتضمن مستضدات الصنف الثاني من الـ HLA مستضدات D الـ DR2 وDR3 وDR4. أي من هذه المستضدات يترافق مع RA؟
مع SLE؟ مع داء جوغرين؟ مع التهاب العضلات العديد؟
RA:DR4 الشديد. SLE:DR2. SLE:DR3، أحياناً داء جوغرين
والتهاب العضلات العديد، كذلك تذكر DR3: أضداد الـ Ro (الذئبة الجلدية تحت الحادة، متلازمة جوغرين، والذئبة الوليدية).

152. ما هي الاختلافات بين عقد هيبيردين وعقد بوشارد؟
يُدعى التورم والتشوه في المفاصل بين السلامية القاصية لليدين (عقد هيبيردين). تحدث تغيرات مشابهة في المفاصل بين السلامية الدانية وتُدعى (عقد بوشارد). تنتج هذه العقد عن تشكل المناقير البدئية، وليس نتيجة رض أو تنكس. وظليفة المفاصل الاعتيادية جيدة نوعاً ما.

153. قابل ما يلي: ANA مع نمط [محيطي، منقط، أضداد القسم المركزي] تشاهد في [SLE؟ MCTD؟ كريست؟] ما الأمراض الأخرى التي يمكن أن تكون إيجابية الـ ANA؟
SLE: محيطي. MCTD: منقط. كريست: أضداد القسم المركزي. يشاهد مستوى منخفض من نمط ANA منقط أو منتشر أحياناً في مرضى مسنين. أمراض أخرى مع إيجابية ANA: الذأب المحرض بالأدوية، متلازمة جوغرين، وتصلب الجلد.

154. ما الاضطرابات التي يمكن أن تسبب نقص متممة؟
SLE الفعال، التهاب الأوعية، التهاب كبيبات الكلى التالي للإنتان والمنمي الغشائي.

155. أي السالسيالات لن يسبب ارتكاساً في مريض يتحسس لحمض
الأمينوسالسيك؟

السالسيالات غير المؤسئلة تتضمن: سالسيالات الصوديوم، أو المغنيزيوم، أو الكولين.

156. سمّ استطببات إيقاف المعالجة بالذهب؟

الحكّة، التهاب الفم المعتدل إلى الشديد، الطعم المعدني، بيلة
بروتينية < 500 مع في 24 ساعة، نقص الكريات البيض > 3000
أو الصفائح > 100000. تحدث نادراً ذات الرئة المناعية.

157. ما هو الفيروس الذي يترافق بقوة مع الغلوبولينيمية القرية
المختلطة؟

فيروس التهاب الكبد C.





أسئلة الفحص السريري

10

1. ما هي أنماط تورم المفصل؟

تصبح المفاصل متورمة إما بسبب المناقير العظمية Osteophytes أو بسبب التورم الزليلي والانصباب. تحدث المناقير العظمية في الداء التنكسي وتكون ذات ملمس عظمي عند الجس. أما في حالة التورم الزليلي فيكون التورم بالجس ذو قوام عجيني Sponginess مع عدم وضوح الحواف المفصالية .

2. ماهي أهمية إيلام المفصل؟

يمكن جس المفصل الطبيعي مع تطبيق شدة هامة دون حدوث الألم. إن وجود الإيلام في المفصل والذي يتراوح من عدم الارتياح الخفيف إلى الألم الشديد عند اللمس هو علامة على وجود أذية بالمفصل.

3. ماهي أهمية سخونة المفصل؟

زيادة السخونة تدل على حالة التهابية أو إنتانية في المفصل.

4. ماهي الفرقعة Crepitus؟

هي إحساس يشبه عملية طحن الحبوب نشعر به عند جس المفاصل أثناء الحركة، قد تحدث بسبب اضطرابات الغضروف أو اضطرابات الوتر أو احتكاك العظم مع العظم.

5. ماهي أهمية طقطقة المفصل Joint Cracking؟

يصف معظم الناس شعورهم بحس الطقطقة أو الفرقعة Popping في بعض المفاصل، وهذا العرض ليس مهماً إلا إذا ترافق مع الألم. قد ينجم حس الطقطقة عن انزلاق الوتر أو الرباط فوق ناتئ عظمي.

6. ماهي أنماط إصابة المفاصل في التهاب المفاصل؟

- التهاب مفصل وحيد Monoarthritis: مفصل واحد.
- التهاب مفاصل قليل العدد Pauciarthritis: أربعة مفاصل أو أقل.
- التهاب مفاصل عديد Polyarthritis: أكثر من أربعة مفاصل.
- التهاب المفاصل اللامتناظر: إصابة مفاصل مختلفة في أطراف مختلفة.
- التهاب المفاصل المتناظر: إصابة نفس المجموعة المفصالية في الطرفين الأيمن والأيسر.

7. كيف يتم تفريق اضطرابات الأوتار عن مشاكل المفصل؟

يحدث الألم في اضطرابات الأوتار مع حركة المفصل التي تتطلب تقلصاً عضلياً أو يحدث عندما يتمطط الوتر بشكل منفعل إلى الحد الأقصى من مجال حركته، أما الحركة المنفصلة للمفصل فلا تحدث أي ألم.

8. كيف تظهر فرط الحركة في المفصل Joint hypermobility؟

تشمل الموجودات عند المرضى الذين لديهم فرط حركية المفصل سواء أكان من النمط السليم الشائع أم مترافقاً مع متلازمة أهلمر-دانلوس مايلي:

- القدرة على مقابلة الإبهام بشكل منفعل مع الذراع.
- فرط بسط الأصابع.
- فرط بسط للمرفقين والركبتين أكثر من 10 درجات.
- القدرة على لمس الأرض براحتي اليد عن طريق عطف الخصر.

9. ماهي التشوهات الوصفية في التهاب المفاصل الرثياني؟

يمكن مشاهدة تشوه "الإصبع الكشيتانية" في المفاصل PIP (انعطاف ثابت في PIP مع بسط على مستوى DIP) أو تشوه عنق الاويزة (بسط على مستوى PIP مع بسط DIP)، وقد تحرف الأصابع إلى الجانب الزندي على مستوى المفاصل السلامية السنية (الانحراف الزندي Ulnar deviation).

10. ماهي أهمية تورم الإصبع المنتشر؟

يشاهد التورم المنتشر في إصبع اليد أو القدم (غير المترافق مع الرض) في التهاب المفاصل الصدا في وداء الساركويد وتدعى الإصبع المتورمة بإصبع السجق.

11. ماهي موجودات الداء التنكسي في المفصل الرسغي السنعي الأول

‡Carpometacarpal (CMC)

يؤدي الداء التنكسي في المفصل CMC إلى ألم في قاعدة الإبهام مع إيلام بالجس وفرقة عند تدوير المفصل. ينتأ الجزء القريب من السنع الأول محدثاً تغييراً في الشكل عند قاعدة الإبهام يدعى تشوه الفطر Mashroom.

12. ماهي الموجودات الوصفية في الرسغ في التهاب المفاصل الرثياني؟

تشمل الموجودات الباكرة تورم الوتر الزندي الرسغي الباسط مع بدء تورم في المفصل وظهور كيسات مفصلية، أما الموجودات المتأخرة فتشمل تبارز وتقلقل (عدم ثباتية) القسم البعيد من الزند الناجم عن رخاوة الأربطة الزندية الكعبية، وفي الحالات المتقدمة يمكن حدوث انخلاع جزئي باتجاه الوجه الظهري مسبباً تشوه الحربة Bayonet deformity وحدوث تحدد في الحركة.

13. كيف يمكن تمييز العقدة ganglion فوق الرسغ؟

العقد هي فراغات كيسية مملوءة بالسائل تتواجد ضمن أغمدة الأوتار. يكون الانتفاخ متموجاً ويتحرك مع حركة الوتر المصاب.

14. ماهي التوفة Tophi؟

هي ترسبات من حمض البول (من الكلمة اللاتينية Tophus وتعني الترسبات الكلسية في الينابيع "التوفة" Tufa)، قد توجد التوفة فوق الأذنين والقدمين واليدين عند المرضى المصابين بالنقرس، ويشكل وجودها في اليدين علامة مرضية دالة على النقرس رغم أنها قد تلتبس غالباً مع العقيدات الرثيانية.

15. كيف يمكن تفريق العقيدات الرثيانية عن التوففة النقرسية؟

تحدث العقيدات في الحالتين فوق السطح الباسط للمرفق والأماكن الأخرى التي يحدث عليها ضغط، تتوافق التوففة النقرسية عادة بتوففات على صيوان الأذن، وهي غير مؤلمة عكس العقيدة الرثيانية، وقد تنزح التوففة أحياناً إلى السطح حيث يمكن الحصول على اليورات من تقرح العقيدة. ويمكن بزل العقيدة في حال الشك أو أخذ الخزعة للبحث عن بلورات بولات وحيدة الصوديوم urate monosodium.

16. كيف يتم تقييم إيلام المفصل الحرقفي؟

هناك عدة اختبارات لتقييم إيلام المفصل الحرقفي العجزي sacroiliac joint (SIJ)، حيث يستلقي المريض على جانبه ثم يطبق ضغط فوق القسم الوحشي من الحوض. قد تسبب هذه المناورة ألماً في مناطق SIJ. أما في مناورة غينسلر Gaensler فيكون المريض بوضعية الاضطجاع الظهرى ويوضع جانب الحوض المفحوص خارج طاولة الفحص، يعطف الطرف السفلي الآخر على مستوى الورك والركبة ويمسك من قبل المريض. يبسط الورك في الجانب المفحوص وتكون الساق تحت حافة الطاولة، تؤدي هذه المناورة لإحداث الألم في الجهة المفحوصة.

17. كيف نميز الألم الناجم عن مفصل الورك؟

يوضع الطرف السفلي بوضعية بسط تام ثم يدور من جهة لأخرى. إن الألم الحادث بسبب هذه المناورة ناجم عن مفصل الورك فقط. تفيد هذه المناورة في التفريق بين ألم مفصل الورك والألم الناجم عن البنيات الأخرى.

18. ماهي تشوهات الركبة؟

من الشائع مشاهدة سوء الترصيف malalignment في الركبة. إن تزوي القسم البعيد من الساق باتجاه الخط المتوسط يدعى بالركبة الفحجاء genu varum أو تقوس الساقين، أما تزوي القسم البعيد من الساق بعيداً عن الخط المتوسط فيدعى الركبة الروحاء genu valgum وكلتا الحالتين قد تكونان خلقيتين أو مكتسبتين، وفي حالة نادرة تدعى Windswept knees تكون إحدى الركبتين فحجاء والأخرى روائح.

19. كيف يتم فحص سلامة الأربطة في الركبة؟

يتم فحص الرباطين الجانبيين الأنسي والوحشي من قبل الفاحص، حيث يقوم بهز cradle الطرف السفلي ويطبق قوة على الجانب الوحشي من الركبة (لفحص الرباط الجانبي الأنسي) وعلى الجانب الأنسي من الركبة (لفحص الرباط الجانبي الوحشي)، ويظهر تقلقل (عدم ثبات) الركبة instability بانفتاح المسافة المفصليّة.

أما فحص الأربطة المتصالبة فيتم بجعل المريض يستلقي على ظهره ويعطف ركبته بحدود 60 درجة ثم يقوم الفاحص بتثبيت قدم المريض على الأرض ويدفع الظنوب للأمام لفحص الرباط المتصالب الأمامي ثم يدفعه للخلف لفحص الرباط المتصالب الخلفي، إن حركة الظنوب نسبة للفخذ تشير إلى التقلقل.

20. كيف يتم إظهار الانصبابات effusions في الركبة؟

يعتمد إظهار الانصبابات في الركبة على حجم السائل، فالانصبابات الصغيرة تظهر بوجود علامة الانتباج bulge sign، حيث يتم تمسيد الجانب الأنسي من الركبة مما يدفع السائل إلى الجيب فوق الداغصة suprapatellar pouch. ويقوم الفاحص بتمرير يده على الجانب الوحشي من الركبة من القسم القريب باتجاه القسم البعيد وهذا ما يدفع السائل إلى الجهة الأنسية وبالتالي يمكن الشعور بتبارز موجة السائل. أما الانصبابات الكبيرة فيمكن تقييمها بعلامة نهز الداغصة ballotement أو اختبار موجة السائل fluid wave. يجرى نهز الداغصة بمسك الداغصة على مستوى الجيب فوق الداغصة ويستخدم الفاحص يده الأخرى لدفع الداغصة للأسفل، ففي حال وجود انصباب هام يمكن الشعور بالداغصة وهي تتحرك للأعلى والأسفل. أما اختبار موجة السائل فيجرى بوضع الفاحص يده حول الجيب فوق الداغصة ويستعمل اليد الأخرى لعصر الركبة، ففي حال وجود السائل يتم الشعور بموجه السائل في المنطقة فوق الداغصة.

21. كيف يتم جس الركبة؟ وما هي الموجودات المحتملة؟

يجب جس الركبة والمريض بوضعية الجلوس ويتم البدء من الحدة الظنبوبية حيث نفحص كل جهة من الهضبة الظنبوبية Tibial plateau منتقلين لفحص للقيمت الفخذية. إن الإيلام الموضع في الخط المفصلي يشير إلى تمزق الغضاريف الهلالية Meniscal Tears، أما الإيلام على طول الجانب الأنسي للركبة والذي يمتد فوق وتحت الخط المفصلي فيشاهد في أذية الرباط الجانبي وعند بعض الأشخاص البدنيين ويشاهد الإيلام فوق اللقيمة الأنسية للفخذ في حالة النخرة العظمية osteonecrosis، أما الإيلام فوق الهضبة الظنبوبية الأنسية فيشاهد في التهاب الجراب الوزى anserine Bursitis والكسور الجهدية في الهضبة plateau و النخرة العظمية. **ملاحظة:** الجراب الوزى هو الجراب المتوضع بين أوتار العضلات الخياطية والناحلة والوترية النصف والرباط الظنبوبي الجانبي.

22. ما هي التشوهات الوصفية في القدم الرثوية؟

يمكن أن يؤدي التهاب المفاصل الرثياني إلى تشوه شديد في القدم، فقد يحدث عند المرضى القدم المسطحة مع تشوه حركة الكعب في الكاحل، كذلك قد يحدث عندهم زوال القوس الأمامية مع اتساع القدم، إضافة إلى إبهام القدم الأرواح وتشوه الانتصاب في أصابع القدم وهبوط رؤوس الأمشاط.

23. ماهي عقيدات هبردن Heberden's nodes؟

هي عقيدات غير مؤلمة تتوضع على المفاصل بين السلاميات البعيدة Distal Interphalangeal (DIP) joints، قد تصيب إصبعاً أو أكثر وغالباً تعف عن الإبهام بشكل وصفي ويكون الجلد المغطي لها طبيعياً، تقيس هذه العقيدات 2-3سم وهي عقيدات قاسية لاتدخل بحركة الإصبع ولها تظاهر ثنائي، تتوضع وصفيماً على السطح الظهري الأنسي والوحشي لـ DIP. إذا أصابت هذه العقد المفاصل بين السلاميات القريبة Proximal Interphalangeal (PIP) Joints دعيت غالباً بعقيدات بوشارد.

إن كلاً من عقيدات هبردن وبوشارد تدل على وجود فصال عظمي في المفصل ولهذا غالباً ما تشاهد بشكل شائع عند الكهول، إن إصابة

مفصل واحد أكثر شيوعاً عند الرجال أما إصابة عدة مفاصل فتشيع عند النساء (اللواتي تكون الحالة لديهن وراثية وتحدث بعد سن الإياس).

24. ماهي عقيدات هايغارث Haygarth's nodes؟

تختلف هذه العقيدات تماماً عن عقيدات هيردن وبوشارد، وهي في الحقيقة عقد التهابية وليست تنكسية ولهذا فهي تترافق مع علامات الالتهاب مثل التبيغ (احمرار) في الجلد المغطي لها وارتفاع الحرارة وتسمك محفظة المفصل ووجود السائل في جوف المفصل (والمسؤول جزئياً عن التورم مغزلي الشكل للعقد) وتحدد الحركة، وقد تكون عقيدات هايغارث مؤلمة ومتوترة.

إن عقيدات هايغارث وصفية لالتهاب المفاصل الرثياني Rheumatoid arthritis (RA) وهي تصيب المفاصل PIP المتوسطة والقريبة (لا يصيب RA المفاصل DIP أبداً) ولذلك فهي تشابه عقيدات بوشارد أكثر من عقيدات هيردن. تشيع العقيدات تحت الجلد في RA وهي توجد على السطوح الباسطة للطرفين العلويين خاصة المرفقين والأصابع أيضاً) والركبتين والكاحلين والقدمين، والعقيدات تحت الجلد ليست حصراً على RA فقد تشاهد أيضاً في الأمراض الرثيانية الأخرى مثل الذئبة والحمى الرثوية والساركويد والإفرنجي والحبيبوم الحلقي والورام الأصفر الحدي Tuberosus xanthomatosis.





حالات سريرية مع أسئلة

11

التهاب المفاصل الروماتويدي (RA)

اليوم 1: حضرت السيدة ت.د، 69 سنة، إلى عيادة الأمراض المفصالية الخارجيّة وهي تشكو من تزايد الألم والتّيبُّس في اليدين والركبتين. كان الألم سيئاً طوال اليوم ولكن أسوأ في الصباح. شُخصت حالتها قبل أربع سنوات بالتهاب المفاصل روماتويدي إيجابي المصل. كان تاريخها الطبي الآخر عادياً. عولجت منذ التشخيص بالميثوثريكسات. زادت جرعة الميثوثريكسات في الماضي لكنها لم تحتمل جرعات تزيد عن 10 ملغ بسبب التأثير الجانبي الهضمي. أضيف السلفاسالازين للميثوتركسات في عيادة الأمراض المفصالية الخارجيّة قبل 6 أشهر عندما سُجِّلَ حرز نشاط المرض Disease Activity Score (DAS28) بـ 5.1.

عند موعد العيادة هذا، كانت السيدة ت.د تأخذ ميثوتركسات 10 ملغ فموي مرة في الأسبوع وسلفاسالازين 1 غ مرتين يومياً. كانت السيدة ت.د، تأخذ إيبيروفين 200 ملغ وسيتاكودئين (500/8) لتسكين الألم عند الحاجة. كان الكالسيوم وفيتامين د هو الدواء الوحيد الآخر الذي كانت تتناوله كوقاية ضد ترقق العظام .

عند الفحص وجد أن السيدة ت.د مصابة بتورم في مفاصل اليدين وكلتا ركبتيها متورمتان وممضتان. المفاصل المتورمة كانت أكثر سخونة من المناطق المحيطة. أمكن جس عقيدات روماتويدية على مرفقيها، وكانت تعاني من جفاف بالعينين (تأذر جوغرين: جفاف الملتحمة والصلبة). سُجِّلَ حرز (DAS28) بـ 5.8.

11

كان لها نتائج فحص الدم التالية:

المعلم المخبري	النتيجة	المجال المرجعي
خضاب (bH):	10.6 غ/دل	12-16
كريات الدم البيض (WBC):	12.1×10^9 / لتر	$4-11 \times 10^9$
العدلات:	5.2×10^9 / لتر	$2-7.5 \times 10^9$
الصفيحات:	456×10^9 / لتر	$150-400 \times 10^9$
سرعة تفضل الكريات الحمر (ESR):	69 ملم/سا	0-20
البروتين الارتكاسي C (CRP):	92 ملغ/لتر	>10
تُزوجة البلازما (PV):	2.14 mPa/s	1.5 - 1.72
مستويات البولة والشوارد (U&E) واختبارات وظيفة الكبد (LFTs):	طبيعية	

سُخِّصت سوزة التهاب المفاصل الروماتويدي وأدخلت السيدة ت.د. المشفى. كانت الخطة الأولية بأن تعالج بالأدوية والمعالجة الفيزيائية.

س1: علّق على العلاج الدوائي المضاد للروماتزم المحوّر للمرض (DMARD) الذي تلقته السيدة ت.د.

س2: ما هي العلامات والأعراض الاعتيادية للسوزة في التهاب المفاصل الروماتويدي؟

س3: ما العلاج الدوائي الأولي الذي تنصح به لعلاج أعراض السيدة ت.د.، (فضلاً عن علاج مرضها المستبطن)؟

اليوم 2: وصف للسيدة ت.د الأدوية التالية:

- ميثوتركسات 10ملغ فموياً مرة في الأسبوع.
- سلفاسالازين 1 EC غ فموياً مرتين في اليوم.
- حمض الفوليك 5 ملغ فموياً يومياً ما عدا اليوم الذي يؤخذ فيه الميثوتركسات.
- كالسيوم 500 ملغ مع فيتامين د 400 وحدة، قرص واحد فموياً مرتين في اليوم.
- سيتاكودئين (500/8) فموياً، مرتين في اليوم للألم عند الحاجة.
- إيبوبروفين 200 ملغ فموى ثلاث مرات يومياً عند الحاجة من أجل الألم.
- ترامادول 50-100 ملغ فموياً، أربع مرات في اليوم للألم عند الحاجة.

أخذت السيدة ت.د منذ إدخالها، ثمانية أقراص من السيتاكودئين 500/8، ثلاث جرعات من الإيبوبروفين 200 ملغ وليس الترامادول. اشتكت أنه على الرغم من تحسن المفاصل المصابة بعد تلقيها حقن كورتيكوستيروئيد داخل المفصل لكنها مازالت تعاني آلام جمة. طلب الطبيب المقيم الأقدم النصيحة بخصوص التدبير العلاجي لآلامها. كان مهتماً على وجه الخصوص بمعرفة ما إذا كانت إضافة مثبط COX-2 ذات فائدة.

س4: ما النصيحة التي يمكن أن تعطيتها بشأن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية؟

س5: ما النصيحة الأخرى التي يمكن أن تعطيتها بشأن أدويتها المسكنة للألم؟

س6: هل من الملائم أن تأخذ السيدة ت.د، الكالسيوم وفيتامين د؟

س7: أوجز خطة الرعاية الصيدلانية من أجل التدبير البدني للسيدة ت.د.

اليوم 4: نوقشت الرعاية الطويلة الأمد للسيدة ت.د في جولة الجناح الإستشارية. أخذ القرار بأن تبدأ المريضة العلاج بمضاد عامل نخر الورم (Anti-TNF) وإعطائها حقنة كورتيكوستيروئيد في غضون ذلك.

س8: ما هو دور الكورتيكوستيروئيدات في التدبير العلاجي لالتهاب المفاصل الروماتويدي؟

س9: ما هي العلاجات المضادة لعامل نخر الورم المتوفرة حالياً للتدبير العلاجي لالتهاب المفاصل الروماتويدي؟

س10: ما هي معايير بدء وضع مريض التهاب المفاصل الروماتويدي على مضاد عامل نخر الورم؟

س11: ما الخيارات العلاجية البديلة التي يمكن أخذها بعين الاعتبار إذا كان مضاد عامل نخر الورم مضاد استقلاب؟

سألت السيدة ت.د فيما إذا كان يوسعها التحدث إلى الصيدلاني عن الدواء الجديد الذي تكلم عنه الطبيب لبدء علاجها به. فقد كانت قلقة بشأن سلامة هذا الدواء الجديد.

س12: ما هي شؤون السلامة المرتبطة بالمعالجة بمضاد عامل نخر الورم؟

س13: أي مضاد لعامل نخر الورم توصي به للسيدة ت.د، ولماذا؟

اليوم 9: أعطيت السيدة ت.د تسريباً من الإنفليكسيماب. خُرجت في اليوم التالي من المستشفى وأخذت التدابير لأجل حضور الوحدة النهارية day unit في حدود أسبوعين لأجل تسريبها الثاني.

حضرت السيدة ت.د، بعد أسبوعين الوحدة النهارية لتسريبها الثاني من الإنفليكسيماب. سألت كم ستستمر على هذا العلاج، وماذا يمكن أن يحصل إن لم ينجح؟ لقد شُرح لها أن هذا العلاج سيستمر مدى الحياة.

س14: هل هناك أي خيارات علاجية لاحقة إن لم تستجب السيدة ت.د للعلاج بالإنفليكسيماب؟

س15: ما هو الإنذار الطويل الأمد لمريض كالسيدة ت.د؟

الاجوبة:

السؤال 1: علّق على العلاج الدوائي المضاد للروماتزم المحوّر للمرض (DMARDs) الذي تلقته السيدة ت.د؟

الجواب 1: يجب أن يبدأ جميع المرضى المشخص لهم RA بشكل مؤكد بال (DMARDs). الدواء المختار هو الميثوتركسات. يمكن إضافة السلفاسالازين حيثما تكون الاستجابة ناقصة، أو يمكن تجربته كعلاج أحادي في المرضى غير المتحملين للميثوتركسات.

أظهرت العديد من الدراسات أن الأضرار غير العكوسة تحدث في الستينين الأولتين من المرض. المداخل العلاجية المبكرة بـ (DMARDs) يمكن أن تحسن نتائج المريض وتقلل تقدم المرض. يجب أن يبدأ جميع المرضى المشخص لهم RA بشكل مؤكد بال (DMARDs).

لا تمنح (DMARDs) تسكين الألم بل تكبح العملية المرضية، كما تمتلك هذه الأدوية بدءاً متأخراً للفعل: قد يستغرق 4-6 أسابيع قبل أن يبدأ المريض برؤية الاستجابة، وحتى 4 - 6 أشهر قبل أن تحصل الإستجابة الكاملة.

تتضمن (DMARDs) المستخدمة حالياً في الممارسة السريرية الميثوتركسات، السلفاسالازين، الذهب القابل للحقن أو الفموي، مضادات الملاريا، السيكلوسبورين، البنسيلامين، الأزاثيوبورين، الليفلونوميد.

آلية الفعل الدقيقة لهذه الأدوية مبهمة. لكن هناك دليل جيد بأن (DMARDs) تكبح نشاط السيتوكينات الالتهابية. تبين أن بعض السيتوكينات تلعب دوراً هاماً في أمراض التهاب المفاصل الروماتويدي. للمفاويات التائية المنشّطة تلعب دوراً في التحريض المبكر لـ RA، وتبين أن الميثوتركسات والليفلونوميد والسيكلوسبورين تكبح الخلايا التائية.

السلفاسالازين والميثوتركسات ينظر إليها عموماً كعلاجات الخط الأول بسبب مستوى فعاليتها المحسن (معدلات استجابة 40% تقريباً) ومعدلات استمرارية عالية بالمقارنة مع الـ DMARDS الأخرى.

تُستخدم الميثوتركسات عموماً في المرضى ذوي الداء المعتدل إلى الشديد، وخاصة أولئك ذوي الإنذار السيئ.

لم يعد استعمال البنيسيلامين مرغوباً بسبب بروفيل الآثار الجانبية الأسوأ ونقص فعاليته مقارنةً بالعوامل الأخرى. في الغالب تكون مضادات الملاريا (الكلوروكين والهيدروكسي كلوروكين) محتملة بشكل جيد، لكنها مستتبة فقط في المرض الخفيف. غالباً ما يُحتفظ بالعوامل: الليفلونوميدي، الأزاثيوبرين والسيكلوسبورين أو توليفة من (DMARDS) المتعددة للمرضى الذين يكون استعمال العلاجات البيولوجية مضاد استطباب لديهم.

السؤال 2: ما هي العلامات والأعراض الاعتيادية للسورة في التهاب

المفاصل الروماتويدي؟

الجواب 2: الألم المفصلي وفقدان الوظيفة أكثر الأعراض وضوحاً لسورة المرض. غالباً ما تصاب أولاً المفاصل المحيطية للأيدي والأقدام وبشكل متناظر. خلال السورة هناك زيادة في الألم والتورم والإحساس بسخونة المفاصل المصابة عند لمسها. هناك أيضاً تيبس صباحي الذي قد يستمر لساعات عدة بعد النهوض. هذه العوامل تؤدي إلى نقص القدرة على الحركة.

هناك أيضاً مؤشرات غير نوعية للعمليات الالتهابية. فهناك احتمال زيادة الـ ESR، CRP، والـ PV. هذه العلامات الالتهابية يمكن أن تستخدم كمؤشرات لنجاح العلاج، لكن يجب ألا ننسى أنها غير نوعية وأن النتائج الطبيعية منها لا تستبعد نشاط المرض. وعادةً ما يرتفع تعداد الـ WBC نتيجة للعملية المرضية، إلا أنه قد يرتفع أيضاً لسبب آخر، كالخمج مثلاً. كما يمكن للتعداد أن ينخفض؛ كما يحدث في متلازمة فيلتي. يقاس العامل الروماتويدي وأضداد النواة (ANA) عادة أيضاً لمعرفة إذا ما ازدادت.

السؤال 3: ما العلاج الدوائي الأولي الذي تنصح به لعلاج أعراض

السيدة ت.د (فضلاً عن علاج مرضها المستبطن)؟

الجواب 3: تفريج الألم على شكل NSAID علاوةً على التمسكين

البسيط، مع حقن ستيرونيد ضمن المفاصل ذات الإصابة

الأسوأ.

إن تفريج الألم هو أمر هام في المراحل الباكرة من السورة من أجل تمكين المريض من البدء بالتحريك ولكي يكون قادراً على تلقي المعالجة الفيزيائية. نوقشت خيارات تفريج الألم عند مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي باستفاضة أكبر في الجواب 4 والجواب 5. سيكون أحد أدوية الـ NSAIDs مفيداً عند هذه المريضة. رغم وجود احتمال بأن تقلل الـ NSAIDs من طرح الـ methotrexate ممّا سيعرض السيدة ت.د لزيادة السمية، فلا يجب لهذا أن يشكل عقبة كونها تحت المراقبة اللصيقة.

يمكن لإعطاء ستيرونيد داخل المفصل (مثل الـ methylprednisolone acetate والـ triamcinolone acetonide) أن يفرج الألم بفعالية وأن يزيد الحركية وأن يقلل التشوه في مفصل واحد أو أكثر. لا يوجد فارق واضح في الفعالية بين مختلف مستحضرات الستيروئيدات داخل المفصالية وغالباً ما يعتمد الاختيار على تفضيل كاتب الوصفة. تتفاوت مدة الاستجابة للستيروئيدات داخل المفصالية.

السؤال 4: ما النصيحة التي يمكن أن تعطيها بشأن مضادات الالتهاب

غير الستيروئيدية؟

الجواب 4: بسبب عمر السيدة ت.د وبسبب أدويتها المرافقة، يجب

استخدام NSAID معيارى بالاشتراك مع مثبط لمضخة

البروتون (PPI) أو دواء انتقائي لـ COX-2 لوحده. يملك

كلاً من الـ Ibuprofen والـ diclofenac والـ naproxen

(ضمن ترتيب مرتفع بما يتعلق بالخطورة النسبية) أقل

خطورة في السمية الهضمية بين الـ NSAIDs المعيارية.

تُستطبّ الـ NSAIDs للاستخدام قصير الأجل حين يكون هناك ألم وتيبس بسبب الالتهاب. تكبح NSAIDs الالتهاب وتعطي تفرجاً للألم عن طريق منع إنتاج البروستاغلاندينات عبر تثبيط إنزيم الـ COX. من المعروف أنّ هذا الإنزيم يتواجد على شكل نظيرين الـ COX-1 و الـ COX-2. تحصر NSAIDs المعيارية كلا الإنزيمين، بينما تحصر مثبطات الـ COX-2 سبيل الـ COX-2 فقط. عندما يُحصر سبيل الـ COX-2 فقط، تتم المحافظة على إنتاج البروستاغلاندينات المسؤولة عن سلامة المخاطية المعدية من خلال سبيل الـ COX-1.

إن الاختلافات في التأثيرات المضادة للالتهاب بين NSAIDs المختلفة قليلة، لكن هناك اختلاف واسع في حدوث التأثيرات الجانبية. يحصل النزف الهضمي والانتقاب عند حوالي 1% من المرضى ويؤديان إلى معدلات وفيات ومرضاة مهمة. يترافق الـ Piroxicam والـ ketoprofen والـ indometacin والـ naproxen والـ diclofenac مع خطورة متوسطة لحدوث الآثار الجانبية الهضمية؛ و يترافق الـ azapropazone مع أكبر خطورة والـ ibuprofen مع أقل خطورة. الدواءان المثبطان انتقائياً للـ COX-2 الـ etoricoxib والـ celecoxib هما بذات فعالية NSAIDs التقليدية لكنهما يتسببان بنسبة حدوث قليلة للآثار الجانبية المعدية. تكون جميع الـ NSAIDs - بما في ذلك مثبطات الـ COX-2 - مضاداً استطباب عند وجود داء قرحي هضمي فعال. تزيد المعالجة المرافقة بالأسبرين لحد كبير من مخاطر الـ NSAIDs الهضمية وتقل بشدة من أي من مزايا الأمان الهضمية العائدة للأدوية الانتقائية للـ COX-2. تكون خيارات التقليل من الآثار الجانبية المعدية العائدة للـ NSAIDs عبر تجنب استخدام الـ NSAIDs واستخدام مسكن بسيط؛ أو باستخدام NSAID ذي أقل تأثيرات جانبية هضمية مرافقة وباستخدامه بأقل جرعة ممكنة؛ أو وصف دواء واقى هضمي؛ أو بوصف مثبط الـ COX-2 انتقائي. أظهرت الأبحاث أنّ مثبطات مضخة البروتون هي الأكثر فعالية في الوقاية من المضاعفات الهضمية المرافقة لاستخدام الـ NSAIDs.

تشير الأدلة المعاصرة إلى أن المرضى المعالجين بمثبطات COX-2 الانتقائية يمتلكون اختطاراً أعلى قليلاً تجاه الاضطرابات القلبية الوعائية كاحتشاء العضلة القلبية والسكتة. ينطبق هذا الأمر أيضاً على بعض NSAIDs غير الانتقائية. يملك الـ Diclofenac خطورة خثارية مشابهة لتلك التي يملكها الـ etoricoxib، بينما يترافق الـ naproxen مع خطورة خثارية أقل مما هي في مثبطات الـ COX-2. ينبغي عدم استخدام مثبطات الـ COX-2 عند المرضى ذوي سوابق الداء القلبي الإقفاري أو الداء الدماغى الوعائى أو الداء الشريانى المحيطى أو الفشل القلبي من المتوسط إلى الشديد. تشكل جميع الـ NSAIDs مضاداً استطباب في الفشل القلبي الشديد ويجب استخدامها بحذر عند المرضى المصابين باعتلال كلوي، لأنها قد تتسبب بتدهور إضافي في الوظيفة الكلوية.

يجب، كما ذكرنا سابقاً، إيلاء اهتمام إضافي عند المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي الذين يكونون على وصفة مشتركة من NSAID بالإضافة للـ methotrexate، حيث يكون هناك إمكانية لحدوث التداخلات وهو الأمر الذي قد يرفع مخاطر سمية الـ methotrexate.

إن لم يستجب المريض على NSAID ما فيمكن أن يستجيب على آخر. من المهم جداً أن يُمنح NSAID معين المدة العلاجية الكافية قبل تغييره لآخر بديل. رغم أن فوائد تفريغ الألم تبدأ بعد الجرعة الأولى، فإن فوائد التسكين الأعظمية تستغرق ما يصل حتى أسبوع كي تتطور ويستغرق التأثير المضاد للالتهاب ما يصل لـ 3 أسابيع.

بسبب عمر السيدة ت.د. وبسبب أدويتها المرافقة، سيكون من المنطقي افتراض أنها ستكون في حاجة لنوع معين من الوقاية من التقرح المعدي. سترتكز خيارات هذا الأمر على استخدام NSAID معياري بالترافق مع أحد مثبطات مضخة البروتون، أو باستخدام مثبط COX-2 انتقائي. إن جرعة الـ ibuprofen الموصوفة هي

منخفضة زيادة عن اللزوم، ووصفة "عند اللزوم" غير مناسبة في هذه المرحلة من مرضها. ستكون جرعة منتظمة أعلى من الـ ibuprofen - مثل 400 ملغ ثلاث مرات في اليوم - أو 50 diclofenac ملغ ثلاث مرات يومياً، مناسبة أكثر، مع وصفة مشاركة لأحد مثبطات مضخة البروتون. تبين أنّ هذه الأدوية ناجعة وتملك في ذات الوقت بروفيل آثار جانبية هضمية أقل مما هو في بعض NSAIDs الأكثر قوة.

السؤال 5: ما النصيحة الأخرى التي يمكن أن تعطيتها بشأن أدويتها المسكنة للألم؟

الجواب 5: كلاً من الباراسيتامول وتوليفات الباراسيتامول والـ dihydrocodeine هي مفيدة في تضريح الألم البسيط. رغم أنّها لا تملك خواصاً مضادةً للالتهاب ولا تؤثر على العملية المرضية، إلا أنها تملك فائدةً في كلا المرحلتين الباكرة والمتأخرة من المرض. إن سلم التسكين analgesic ladder لمنظمة الصحة العالمية هو نقطة بدء جيدة في أي قرار يرتبط بالتسكين.

إنّ الاستخدام المنتظم للباراسيتامول 1 غ أربع مرّات يومياً مع مسكّن أفيوني ضعيف إمّا بانتظام أو عند الحاجة سيشكل وصفاً بدئيةً جيدة للسيدة ت.د. هناك حاجة للقيام بتقييم منتظم لاحقاً من أجل مراجعة أحرّاز الألم عندها. من المهم تبادي وصفة مشتركة لمسكنات تعمل على نفس المستقبلات. إنّ غاية سلم التسكين لمنظمة الصحة العالمية هي صعود السلم، وليس عبوره. سوف لن تزودها الوصفة المشتركة بالـ tramadol مع السيتاكودئين بتسكين إضافي ومن المحتمل أن تعرّضها لآثار جانبية غير مرغوبة. تحتاج هذه التوليفة لمراجعة مع الطبيب، والأخذ بالاعتبار الحاجة لإعطاء وصفة مشتركة للملّين مع أفيون يؤخذ ولو لأسبوع واحد.

السؤال 6: هل من الملائم أن تأخذ السيدة ت.د الكالسيوم وفيتامين د؟
الجواب 6: يُوصى بمكملات الكالسيوم والفيتامين D للاتقاء الأولي من تخلخل العظم عند المسنين الواهنين، وعند الأشخاص الأكبر عمراً في دور المسنين ودور الإقامة، وعند المرضى حبيسي منازلهم بسبب المرض. ينبغي تقييم السيدة ت.د لمعرفة فيما إذا كانت تحتاج لمعالجة بال bisphosphonate بالإضافة للكالسيوم والفيتامين D.

يتميز تخلخل العظم بتدهور في النسيج العظمي وبكتلة عظمية منخفضة: تصبح العظام هشّة وإصاباتها بالكسور أكثر احتمالاً. يجعل الداء الروماتويدي عند السيدة ت.د والحالة التالية للإياس والعجز الفيزيائي منها تحت خطورة مرتفعة لتطور التخلخل العظمي. ترتفع خطورة هذا المرض بشكل إضافي في استخدام الكورتيكوستيروئيدات في تدبير التهاب المفاصل الروماتويدي عندها. بالإضافة للمكملات الكافية من الكالسيوم والفيتامين D، يجب الأخذ بالاعتبار الحاجة لـ bisphosphonate فموي. يقترح أحد الإرشادات وجوب علاج النساء بعمر 65-69 سنة المصابات بالداء الروماتويدي ولديهن حرز T يبلغ -2.5 SD بـ bisphosphonate فموي وأن يُعطين مكملات كافية من الكالسيوم والفيتامين D. يشير الحرز T لعدد الانحرافات المعيارية عن الكثافة المعدنية العظمية المتوسطة عند البالغين الشباب ويُقاس عن طريق قياس امتصاص الأشعة السينية مزدوجة الطاقة (DEXA) للورك. عند النساء من هذه الفئة العمرية واللواتي يتلقين أشواطاً متكررة من الكورتيكوستيروئيدات الفموية، يُقترح بأن يشكل حرز T البالغ -1.5 SD دليلاً على الحاجة للاتقاء من تخلخل العظم بال bisphosphonate.

السؤال 7: أوجز خطة الرعاية الصيدلانية من أجل التدبير البدئي للسيدة ت.د.

الجواب 7: يجب أن تشمل خطة الرعاية الصيدلانية عند السيدة ت.د ما يلي:

(a) الحصول على القصة الدوائية المفصلة. غالباً ما يهمل المرضى إخبار الطاقم الطبي عن أي قطرات عينية أو منشقات أو أدوية

قد يشترونها من الصيدلاني. يتواجد الصيدلاني في أفضل موقع ممكن للحصول على أكبر قدر من المعلومات.

- (b) المساهمة في تحسين معالجتها المستقبلية بحسب النتائج المحددة.
 (c) تقديم إرشادات تتعلّق بجميع أوجه العلاج عندها.
 (d) مراقبة جميع العلاجات بحثاً عن الفعالية والآثار الجانبية.
 (e) ضمان أنّ جميع العلاجات التي ابتدأت بها خلال إقامتها في المستشفى يمكن الاستمرار بها ومراقبتها بنجاح بعد التخريج.
 (f) ضمان امتلاكها لمعينات قد تحتاجها من أجل إدارة أدويتها (مثل عبوات للأدوية غير مقاومة للأطفال).

السؤال 8: ما هو دور الكورتيكوستيروئيدات في التدبير العلاجي

للالتهاب المفاصل الروماتويدي؟

الاجواب 8: تستخدم الكورتيكوستيروئيدات على شكل معالجة

جسرية للتقليل من الأعراض ونشاط المرض خلال انتظار

بدء الفعالية العلاجية لـ DMARD أو عند الانتقال من

DMARD لآخر.

تحدث الكورتيكوستيروئيدات تفريجاً سريعاً للأعراض الالتهابية وقد تلعب دوراً في تحوير المرض، لكن يكون دورها محدوداً بسبب آثارها الجانبية على المدى الطويل، مثل تخلخل العظم والتقرح الهضمي والداء السكري وفرط ضغط الدم.

يمكن استخدام جرعة منخفضة من الـ prednisolone الفموي على فترات متقطعة إن لم يكن بالإمكان ضبط المرض بوسائل أخرى؛ على أي حال، عندما يتم البدء بالستيروئيدات الفموية، غالباً ما يكون سحبها صعباً، لأن المريض قد يصاب بسورة عندما يتم تخفيف الجرعة.

عند إصابة مفاصل متعددة ويكون الحقن داخل المفصل غير قابل للتطبيق، فيمكن استخدام الكورتيكوستيروئيدات المدخرية العضلية في انتظار بدء تأثير أحد الـ DMARD. يمكن إعطاء تسريب وريدي نبضي من الـ methylprednisolone في المرض الشديد جداً، وخاصةً عند وجود تظاهرات خارج مفصليّة.

يكون المرضى ذوو التعرّض المتكرّر للكورتيكوستيروئيدات تحت خطورة مرتفعة لحدوث تخلخل العظام المحرّض بالستيروئيدات. تكون الخطورة أعلى ما يمكن خلال المراحل البدئية للعلاج. يجب الأخذ بالحسبان عند مثل هؤلاء المرضى الحاجة لوقاية العظم باستخدام bisphosphonate.

السؤال 9، ما هي العلاجات المضادة لعامل نخر الورم المتوفرة حالياً للتدبير العلاجي لالتهاب المفاصل الروماتويدي؟

الجواب 9، في وقتنا هذا، توجد ثلاثة علاجات مضادة لعامل نخر الورم (anti-TNF) مَرخَّص لها لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي؛ infliximab و etanercept و adalimumab.

الـ TNF- α والإنترلوكين IL-1 هما سيتوكينان منشطان للالتهاب يتواجدان في السائل والنسيج الزليليين؛ وهما يُنتجان بشكل زائد في التهاب المفاصل الروماتويدي. يتسبّب حصر الـ TNF- α بواسطة الـ anti-TNF بإخماد الشلال الالتهابي وحصر فعالية الـ IL-1. تبين أنّ المعالجة بـ anti-TNF تقلّل أعراض وعلامات التهاب المفاصل الروماتويدي وتحسّن الوظيفة البدنية وتبطئ ترقّي التخرّب المفصلي. الـ infliximab هو ضد خميري بشري-فأري أحادي النسيلة يرتبط بألفة عالية بكلا الشكلين المنحل وعبر الغشائي من الـ TNF- α ، ممّا يقود لتثبيط فعاليته الوظيفية. يُستخدم بالمشاركة مع الـ methotrexate عند المرضى المصابين بمرض فعّال والذين فشلوا بالاستجابة لـ DMARDs الأخرى، بما في ذلك الـ methotrexate.

الـ etanercept هو مستقبل TNF- α منحل بشري مأشوب. إنّه يثبط بشكلٍ تنافسي فعالية الـ TNF- α عن طريق الارتباط به فيمنع بذلك ارتباطه بمستقبلاته الخلوية السطحية. يمكن أن يستخدم على شكل معالجة أحادية أو بالتشارك مع الـ methotrexate لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي الفعال من المتوسّط إلى الشديد. الـ adalimumab هو ضد بشري أحادي النسيلة مأشوب يرتبط بشكلٍ نوعي بالـ TNF- α ويستعدّل وظيفته البيولوجية عن طريق حصر تداخله مع المستقبلات الخلوية السطحية لـ TNF- α . بصفته

أول ضد أحادي النسيلة مؤنسن humanised بشكل كامل مضاد للـ TNF- α ، فيكون احتمال إحدائه لاستجابة مناعية عند المتلقي أقل من الأدوية التي تحوي متواليات غير بشرية أو صناعية. يُستخدم بالاشتراك مع الـ methotrexate عند المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي الفعال من المتوسط إلى الشديد والذين كان عندهم استجابة غير كافية تجاه الـ DMARDs، بما في ذلك الـ methotrexate. يمكن كذلك استخدامه كمعالجة أحادية عند المرضى الذين لا يتحملون الـ methotrexate، أو عندما يكون الـ methotrexate مضاداً استطباب.

ليس هناك تجارب مقارنة مباشرة لأدوية anti-TNF عند المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي. يعتمد الاختيار على تفضيل كاتب الوصفة وعوامل المريض والقدرة على الحقن الذاتي والوصفة المشتركة مع الـ methotrexate. هناك حاجة لإجراء اختبارات قاعدية قبل البدء بالمعالجة للتأكد من عدم وجود مضادات استطباب لتلك الأدوية.

السؤال 10: ما هي معايير بدء وضع مريض التهاب المفاصل

الروماتويدي على مضاد عامل نخر الورم؟

الجواب 10: بحسب توصيات NICE، يجب أن يكون المرضى قبل بدء

المعالجة بـ anti-TNF مصابين بالتهاب مفاصل

روماتويدي فعال والذي يجب أن يكون حسب حرز

فعالية المرض (DAS28) < 5.1 . يجب إثبات هذا في

مناسبتين على الأقل، بضارق شهر بينهما. يجب أن

يكونوا كذلك قد خضعوا لتجربة اثنين على الأقل من

DMARDs، بما في ذلك الـ methotrexate (ما لم يكن

مضاداً استطباب).

يشير الحرز البالغ 5.1 أو أكثر لفعالية مرضية شديدة؛ ويشير

الحرز بين 5.1 و3.2 لفعالية مرضية متوسطة ويشير الحرز بين

3.2 و2.6 لفعالية مرضية منخفضة. يُستخدم حرز DAS28 أيضاً

لتقييم الاستجابة للعلاج. يتم تحديد الاستجابة الكافية للعلاج

ب anti-TNF على أنه تحسّن حرز DAS28 ب 1.2 نقطة أو أكثر.

تُعرّف التجربة المناسبة لـ DMARD بأنّها لمدة 6 أشهر، مع شهرين بجرعة معيارية، ما لم تحدّد سمية مهمة من الجرعة أو فترة المعالجة. تتوافق السيدة ت.د بالتالي مع معايير NICE للمعالجة بـ anti-TNF.

السؤال 11: ما الخيارات العلاجية البديلة التي يمكن أخذها بعين الاعتبار إذا ما كان مضاد عامل نخر الورم مضاد استطباب؟

الجواب 11: عند المرضى الذين يشكل العلاج بدواء بيولوجي مضاد استطباب عندهم، يمكن إعطاء معالجة أحادية بالـ leflunomide أو مشاركة الـ leflunomide مع الـ methotrexate. عند عدم تحمّل الـ Leflunomide، يمكن أخذ أدوية أخرى بالاعتبار مثل الـ azathioprine أو الـ ciclosporin أو توليفة علاجية من الـ DMARDs.

السؤال 12: ما هي قضايا السلامة المرتبطة بالمعالجة بمضاد عامل نخر الورم؟

الجواب 12: يترافق استخدام المعالجة بالـ anti-TNF مع ازدياد حدوث الخمج وتنشيط السلّ الكامن. قد يفاقم الـ anti-TNF أيضاً الفشل القلبي. تطوّر عند نسبة صغيرة من المرضى متلازمات شبيهة بالذئبة أو مضاعفات عصبية نتيجة زوال النخاعين.

يترافق استخدام المعالجة بالـ anti-TNF مع ازدياد حدوث الخمج عند المرضى. يجب عدم البدء بالمعالجة عند وجود خمج شديد ويجب إيقافها إن تطوّر عند المريض هكذا خمج. يجب إجراء صورة صدر شعاعية واختبار مانتو التوبركولين وتحري التهاب الكبد B+C عند جميع المرضى المرشّحين للعلاج بـ anti-TNF.

تبيّن أن كلا الـ infliximab والـ etanercept يفاقمان الفشل القلبي، لذلك يجب تقييم شدة الفشل القلبي قبل أخذ المعالجة

بـanti-TNF بالاعتبار. تشكل المعالجة مضاد استطباب عند المرضى المصابين باعتلال من متوسط إلى شديد (NYHA من الصنف IV/III) ويجب استخدامها بحذر عند مرضى الفشل القلبي الخفيف (NYHA من الصنف II/I). يجب إيقاف المعالجة بـanti-TNF عند المرضى الذين يتطور عندهم أعراض قصور قلب احتقاني جديدة أو متدهورة.

هناك عددٌ من التقارير تتحدّث عن زوال النخاعين ومضاعفات عصبية حادة ترافق العلاج بـanti-TNF: نتيجة ذلك يجب عدم إعطاء المعالجة بـanti-TNF لذوي سوابق داء مزيل للنخاعين ومن الأفضل تفاديها إن كان هناك قصة عائلية قوية لزوال النخاعين. يجب إيقاف المعالجة إن تطوّر عند المريض أعراض وعلامات تشير لزوال النخاعين.

أُبلغ عن ترافق حالات نادرة من الذئبة الحمامية الجهازية (SLE) مع العلاج بـanti-TNF. حدثت أعراض الذئبة الحمامية الجهازية بعد بدء المعالجة بـ3-6 أشهر وتضمنت حمى وتوعك والتهاب مفاصل وطفح ذئبي قرصي وطفح وجهي حمامي وفرط ضغط الدم؛ وشفيت تلك الموجودات بعد إيقاف المعالجة بـ6-14 أسبوع. يجب إيقاف العلاج بـanti-TNF إذا تطورت أعراض المتلازمة الشبيهة بالذئبة الحمامية الجهازية.

لقد برزت مخاوف تتعلق بازدياد خطورة السرطان المرافق للعلاج بـanti-TNF.

السؤال 13: أي مضاد لعامل نخر الورم توصي به للسيدة ت.د. ولماذا؟
الجواب 13: يعتمد انتقاء الـ anti-TNF على كلا تفضيل الطبيب والمريض. لم تكن السيدة ت.د. متحمسة لحقن الذات وكانت قد استقرت سابقاً على العلاج بالـ methotrexate. اتفقت مع طبيبها أن العلاج بالـ infliximab سيكون موافياً لها.

السؤال 14: هل هناك أي خيارات علاجية لاحقة إن لم تستجب

السيدة ت.د للعلاج بالإنفليكسيماب؟

الجواب 14: المرضى الذين كان عندهم استجابة جزئية فقط أو لم

يكن عندهم استجابة تجاه دواء anti-TNF مفرد قد

يستجيبون على دواء بديل. المرضى الذين يفضل

وضعهم على anti-TNF يمكن بعدها الأخذ بالاعتبار

المعالجة بالـ rituximab أو الـ abatacept.

السؤال 15: ما هو الإنذار الطويل الأمد لمريض كالسيدة ت.د؟

الجواب 15: تستطيع المعالجة بـ anti-TNF أن تبطئ ترقّي المرض

بشكل كبير وأن تحسّن جودة الحياة عند المرضى

المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي. لكنّها لا تقلل من

التخريب المفصلي الموجود أصلاً، وهي تستغرق 3-6 أشهر

حتى يخرج المرضى بالفائدة الكاملة من المعالجة. لا

يستجيب جميع المرضى على أول دواء معطى، وينبغي

عند آخرين إيقاف المعالجة بسبب الآثار الجانبية

الضائرة.

يكون مأمول الحياة لدى المرضى المصابين بالتهاب المفاصل

الروماتويدي ناقصاً وعندهم خطورة متزايدة للداء القلبي الوعائي.

يتوافق الإنذار الأسوأ مع العامل الروماتويدي الإيجابي وارتفاع

الواصمات الالتهابية والتخريب المفصلي الشعاعي الباكر ووجود

مفاصل ممضّة/متورّمة. من المهمّ البدء بالمعالجة بالـ DMARDs

بأكرأ قدر الإمكان للوقاية من التخريب المفصلي وزيادة مأمول الحياة.

ترقق العظام

اليوم 1: حضرت السيدة (م.ج) - 76 سنة - إلى A&E بعد حادث سقوط في دار الرعاية التي تقيم فيها منذ سنتين. خلال السنوات الخمسة الأخيرة كان لدى المريضة قصة من زيادة الاعتماد على الآخرين للمساعدة في نشاطات الحياة اليومية كما أظهرت علامات لتطور خرف مع فقدان ذاكرة مترقي وشرود والتي من أجلها وصف لها طبيبها العام هالوبيريديول 500 مكغ مرتين يومياً. قبل ذلك بثلاثة سنوات شُخص للسيدة (م.ج) ألم العضلات الرثوي rheumatica polymyalgia (PMR) والذي عولج في البداية بالبريدنيزولون عبر الفم 10 ملغ يومياً وقد أنقصت هذه الجرعة بعد عام واحد لـ 5 ملغ يومياً وهي تأخذ هذه الجرعة منذ سنتين حتى الآن. كانت السيدة (م.ج) مدخنة شرهة حيث كانت تدخن حوالي 20-30 سيجارة يومياً لكنها امتعت عن التدخين تماماً منذ حوالي 10 سنوات.

لقد كانت قصتها الدوائية عند القبول كالتالي:

- بريدينيزولون عبر الفم 5 ملغ يومياً.
- نترازيبام عبر الفم 5 ملغ كل ليلة.
- هالوبيريديول عبر الفم 500 مكغ مرتين يومياً.

س1: ما هي الجرعة المناسبة من البريدنيزولون لعلاج PMR؟

بالفحص السريري وجد أن السيدة (م.ج) ذات بنية صغيرة بطول قدره 162 سم ووزن قدره 49 كغ. وقد أظهرت تحاليلها الدموية أن مستويات البولة والشوارد كانت ضمن الطبيعي كما أظهرت صورها الشعاعية البسيطة وجود كسر في الكعبرة اليمنى (كسر كوليس). تم تخريجها مع جبيرة جبسية ووصفة من السيتاكودئين 30/500 كبسولة واحدة أو اثنتين كل 4-6 ساعات وقد تم تحويلها إلى عيادة حوادث السقوط متعددة الاختصاصات.

س2: ما هي العوامل التي يمكن أن تكون قد ساهمت في السقوط؟
س3: هل توافق على وصف كبسولات السييتاكودئين 500/30
للتسكين؟

س4: ما عوامل الخطورة التي تملكها السيدة (م.ج) لترقق العظام؟
س5: كيف يمكن تأكيد تشخيص ترقق العظام؟

اليوم 5: حضرت السيدة (م.ج) لعيادة الحوادث في قسم المرضى
الخارجيين من أجل إجراء تقييم كامل والذي يتضمن مراجعة
لأدويتها من قبل صيدلاني. تم إجراء صورة شعاعية بسيطة للعمود
الفقري السفلي أظهرت أنها عانت سابقاً من ثلاثة كسور انهدامية
في فقراتها القطنية.

س6: ما هي الغاية من عيادة حوادث السقوط؟
س7: أوجز النقاط الأساسية لخطة الرعاية الصيدلانية للسيدة
(م.ج).

س8: ما التغييرات التي يمكن أن تجريها لمعالجتها الحالية؟
س9: ما هي خيارات العلاج الدوائي التي يمكن أخذها بعين الاعتبار
لترقق العظام لديها؟

س10: أي من هذه الخيارات تنصح بها لهذه المريضة ولماذا؟
س11: ما هي التداخلات غير الدوائية التي يجب أن تنصح بها
السيدة (م.ج)؟

وضعت السيدة (م.ج) على أقراص أليندرونات 10 ملغ وأدكال - د3
(أقراص كالسيوم وفيتامين د). أوقف الصيدلاني الهالوبيريدول وبدل
السييتاكودئين إلى أقراص باراسيتامول وأقراص كودئين بشكل
منفصل.

وخلال هذه المرحلة كانت أدويتها على الشكل التالي:

- بردنيزولون أقراص مغلقة موعياً 5 ملغ يومياً.
- أقراص نترازيبام 5 ملغ كل ليلة.
- أقراص باراسيتامول 500 ملغ واحد أو اثنين كل 4-6 ساعات (على ألا تتجاوز 8 أقراص خلال 24 ساعة).
- أقراص كودئين 30 ملغ قرص واحد كل 4 ساعات عند اللزوم.
- أقراص أليندرونات 10 ملغ يومياً.
- أقراص أدكال - د3 مرتين يومياً.

س12: ما النقاط الأساسية التي يجب أن تقدم الاستشارة بشأنها للسيدة (م.ج) ولقدمي الرعاية لها فيما يخص حالة ترقق العظام لديها؟

اليوم 14: حضرت السيدة (م.ج) لعيادة النوم. أوقف الصيدلاني النيترازيبام وزود مقدمي الرعاية لها بنصائح حول النوم الصحي وكيفية تدبير الشرود في حال تحول لمشكلة.

تم صرف وصفة من:

• أقراص تيمازيبام 10 ملغ قرص واحد كل ليلة عند اللزوم.

الشهر 3: شوهدت السيدة (م.ج) مرة أخرى في عيادة حوادث السقوط وقال مقدمو الرعاية لها أنها تتم بشكل جيد وأن حالة الشرود لديها قابلة للسيطرة خلال النهار ولكنهم قالوا بأنها تعاني من مشاكل في بلع أقراص الأليندرونات والكالسيوم.

س13: ما التغييرات في العلاج التي تنصح بها؟

الشهر 6: تمت مراجعة أدوية السيدة م.ج ووجد أنها لا تزال تعاني من مشاكل في بلع أقراص الأليندرونات.

وقد كانت أدويتها في هذه المرحلة كما يلي:

- أقراص بردنيزولون مغلقة معويًا 2.5 ملغ يوميًا.
- أقراص تيمازيبام 10 ملغ مرة واحدة كل ليلة عند اللزوم.
- أقراص باراسيتامول 500 ملغ واحد أو اثنين كل 4-6 ساعات (على ألا تتجاوز 8 أقراص خلال 24 ساعة).
- أقراص كودئين 30 ملغ واحد كل 4 ساعات عند اللزوم.
- أقراص أليندرونات 70 ملغ أسبوعيًا (في نفس اليوم من كل أسبوع).
- ظروف Colecalciferol ظرف واحد يحل في الماء يوميًا.

س14: ما هي الغاية من نظام مراجعة استعمال الأدوية Medicines use review؟

س15: ما التغييرات التي تنصح بها في علاج السيدة (م.ج)؟

س16: ما المدة التي يجب أن تستمر بها معالجة ترقق العظام؟

س17: ما هي فعالية المعالجة بالبيسفوسفونات و/أو الكالسيوم والفيتامين د في تخفيض خطر حدوث كسر؟

✍ الأجوبة :

السؤال 1: ما هي الجرعة المناسبة من البريدنيزولون لعلاج PMR؟
الجواب 1: يجب أن نبدأ بالبريدنيزولون بجرعة 15ملغ يومياً وهذه الجرعة يجب أن تخفض بعد ذلك تدريجياً إلى الجرعة الدنيا التي يمكن بها السيطرة على الأعراض.

ال PMR هو مرض التهابي مزمن يصيب الأنسجة الرخوة يتصف بألم متواصل وصلابة في الرقبة والكتفين والحوض وهو كثيراً ما يترافق بمظاهر جهازية وواسمات التهابية حيث تكون مثلاً كل من سرعة التثفل (ESR) والبروتين الارتكاسي (CRP) ولزوجة البلازما مرتفعة بشكل نموذجي.

ال PMR نادر تحت سن الستين (السن الوسطي للإصابة هو 70 عاماً) وهذه الحالة أشيع بثلاثة مرات عند النساء منها عند الرجال. تستطب المعالجة بالستيروئيدات القشرية في كل الحالات ويجب أن نبدأ بها فور الشك بوجود الـ (PMR). يجب أن تبدأ المعالجة بالبريدنيزولون بجرعة قدرها 15ملغ/اليوم على شكل أقراص مغلقة معوياً لشهر واحد على الأقل ويجب أن نتوقع استجابة عالية من ناحية الأعراض عادة خلال 2-4 أيام في حين تصبح مستويات الواسمات الالتهابية طبيعية بعد أسبوعين. لم يلاحظ ميزات لاستخدام جرعة بدئية تزيد عن 15ملغ/اليوم من البريدنيزولون علماً أن الجرعات الأكبر تزيد التأثيرات الضارة للستيروئيدات بشكل ملحوظ.

السؤال 2: ما هي العوامل التي يمكن أن تكون قد ساهمت في السقوط؟

الجواب 2: عدد كبير من العوامل يمكن أن يكون قد ساهم في سقوط السيدة (م.ج) بما فيها المعالجة الدوائية النفسية (النيترازيبام والهالوبيريدول) والتخليط الذهني confusion والمشاكل في التوازن والعوامل المحيطة في دار الرعاية.

- هنالك عدد من عوامل الخطورة للسقوط عند المسنين تتضمن:
- (a) الحالات المرضية المستبطنة مثل هجمات نقص التروية العابرة أو النشبات الدماغية أو المرض القلبي أو الخرف.
- (b) نقص الفعالية الحركية والتي تؤدي لضعف العضلات وقلة التوازن.
- (c) الحالة التغذوية السيئة.
- (d) الأدوية مثل: مضادات الاكتئاب، المنومات، المهدئات، المدرات، المسهلات.
- (e) اضطرابات الحواس وبشكل خاص المشاكل في الرؤية والسمع.
- (f) عوامل الخطورة المحيطية مثل السجادات غير المثبتة أو الإضاءة السيئة أو الأدراج غير الآمنة أو السجاد الموضوع على أرضية لمساء أو الأحذية غير الملائمة.

السؤال 3: هل توافق على وصف كبسولات السيتاكودئين 500/30

للتسكين؟

الجواب 3: لا، فالمسكنات ذات التوليفات الثابتة غير منصح بها كونها لا تؤمن مرونة في الجرعة كما أنها يمكن أن تؤدي لضرط جرعة الأفيونات وبشكل خاص للمتقدمين في السن مثل السيدة (م.ج) والتي تحتاج عموماً لجرعات قليلة من الأفيونات.

مستحضرات المسكنات المركبة التي تحتوي مسكناً بسيطاً مثل الباراسيتامول ومركب أفيوني مثل الكودئين لا ينصح بها عموماً كونها تقلل من مدى معايرة المكونات الفردية لتدبير الألم ذي الشدات المختلفة بشكل فعال.

السيتاكودئين 500/30 مفضل على السيتاكودئين 500/8 لأن الجرعة الأعلى من مستحضر الكودئين تؤمن على الأقل جرعة علاجية من المادة الأفيونية وعلى كل حال فإن كبار السن أكثر تأثراً بالآثار الجانبية للأفيونات وإن استعمال السيتاكودئين 500/30 عند شخص كبير بالسن يمكن أن يؤدي إما إلى تلقي المريض جرعة عالية جداً من الكودئين مسببة حدوث الآثار الجانبية للكودئين وخاصة الإمساك أو إلى تلقيه جرعة منخفضة من الباراسيتامول بشكل لا يكفي لحدوث تسكين فعال.

السؤال 4: ما عوامل الخطورة التي تملكها السيدة (م.ج) لترقق العظام؟

الجواب 4: السيدة (م.ج) تمتلك عدداً من عوامل الخطورة لترقق العظام تتضمن:

- (a) استعمال الستيروئيدات القشرية المديد.
 - (b) الجنس أنثى.
 - (c) العمر الكبير (أكبر من 60).
 - (d) العرق الأبيض.
 - (e) الوزن ومشعر كتلة الجسم (BMI) المنخفضين.
 - (f) نقص الحركة.
 - (g) عوز الإستروجينات.
 - (h) قصة التدخين.
 - (i) كونها حبيسة دار الرعاية مع وجود عوز فيتامين د
- تال لذلك.

المعالجة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية عبر الفم تزيد خطورة كسور الورك وال فقرات وتعرف المعالجة طويلة الأمد (عبر الفم أو عبر الإنشاق Inhaled) على أنها معالجة يومية (حتى بجرعات > 7.5 ملغ من اليريدنيزلون أو مكافئاته) لمدة تزيد على 3 أشهر أو على أنها المعالجة لأكثر من 3-4 أسواط من الستيروئيدات القشرية مأخوذة في الأشهر الـ 12 الأخيرة. تزداد خطورة حدوث ترقق العظام عند المعالجة طويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية من خلال آليات متنوعة:

(a) نقص الامتصاص المعدي المعوي للكالسيوم وزيادة الإطراح البولي له.

- (b) التأثيرات على الهرمونات الجنسية بما فيها إنقاص الأندروجينات الكظرية وإنقاص الأستروجين والتستسترون مما يؤدي لزيادة فعالية كاسرات العظم وارتشاف العظام.
- (c) نقص فعالية بانيات العظم مما يؤدي إلى نقص تشكل العظم.
- (d) نقص الكتلة العضلية.
- (e) التأثيرات على هرمونات النمو وعوامل النمو.

السؤال 5: كيف يمكن تأكيد تشخيص ترقق العظام؟
الجواب 5: يتم تشخيص ترقق العظام من خلال قياس الكثافة العظمية (BMD) وان التصوير عبر مقياس امتصاص أشعة X المزدوج (DEXA) للورك و/أو العمود القطني هو الأداة المعيارية الذهبية لقياس الكثافة العظمية.

توصي الكلية الملكية للأطباء وNICE بأنه يجب إجراء قياس الكثافة العظمية عند الأشخاص ذوي:

(a) كسور ناجمة عن هشاشة العظام باستثناء النساء بعمر 75 عاماً وأكثر اللواتي يجب أن يعتبرن مصابات بترقق العظام وأن تقدم لهن المعالجة على هذا الأساس.

(b) الضهي المبكر غير المعالج.

(c) انقطاع الطمث الثانوي لمدة طويلة (لأكثر من عام).

(d) قصور الأقتاد البدئي.

(e) الاضطرابات المزمنة المرتبطة مع حدوث ترقق العظام (مثل: التهاب المفاصل الروماتويدي، فرط نشاط الدرق، الداء الزلاقي، أمراض الأمعاء الالتهابية المزمنة، أمراض الكبد المزمنة، فرط نشاط جارات الدرق).

(f) وجود قصة عائلية لكسر ورك عند الأم بعمر أقل من 75.

(g) $BMI > 19$ كغ/م².

(h) الحالات المرتبطة مع نقص حركة طويل الأمد.

(i) الحذب الظهرى، ونقصان الطول الثانوي لتشوه فقري (بعد تأكيد ذلك شعاعياً).

(j) دليل بأشعة X على قلة العظم أو وجود تشوه فقري.

(k) المرضى الذين وجد لديهم بإجراء تصوير كمي بالأمواف فوق الصوتية أو التصوير المحيطي بالـ (DEXA) للمعصم أو العقب علامات تدل على الإصابة بترقق العظام (هذه الفحوص غير موصى بها لتشخيص ترقق العظام ولكنها يمكن أن تجرى كفحوص للمسح (النخل) screening).

(l) الأشخاص بعمر أقل من 65 الذين يتناولون الستيروئيدات القشرية منذ 3 أشهر أو أكثر.

وتوصي الجمعية الوطنية لترقق العظام بقياس الكثافة العظمية عند النساء بعد الإياس المصابات بكسرين فقيرين.

في حالة السيدة (م.ج) ولأنها تمتلك الكثير من عوامل الخطورة وهي سبق وأن عانت من كسور فقرية انهدامية وكسور ناجمة عن رض صغير فإن التصوير بالـ (DEXA) غير ضروري ويجب أن يباشر بمعالجة ترقق العظام دون تأخير.

السؤال 6: ما هي الغاية من عيادة حوادث السقوط؟

الجواب 6: عيادات حوادث السقوط معدة لإجراء مراجعة شاملة

للمرضى ذوي الاحتياجات المتعددة الذين سبق وأصيبوا

بحادثة سقوط (أو ممن هم في خطر حدوث حالة سقوط)

والذين يتطلبون تداخلات عديدة لتخفيض خطورة

حدوث سقوط مرة أخرى.

عيادات حوادث السقوط معدة لتقييم احتياجات كبار السن ممن سبق وأن تعرضوا لعدد من حالات السقوط (عادة ثلاثة أو أكثر) أو من هم في خطر حدوث حالة سقوط على سبيل المثال من يظهرون وجود خلل في المشية (Gait) و/أو التوازن. يتم تحويل المرضى بعد تقييم مبدئي لتحديد ما إذا كانوا ذوي احتياجات متعددة أو مفردة. في حال كان أحد من تعرضوا لحادثة سقوط من ذوي الحاجة الطبية الواحدة فإن الأكثر ملائمة لهؤلاء أن يتم توجيههم للخدمات الأكثر ارتباطاً بحاجاتهم مثلاً: المعالجة المهنية، ممرضات المنطقة، الخدمات الاجتماعية أما المرضى الذين تعرضوا لحادثة سقوط من ذوي الاحتياجات المتعددة فيتم تحويلهم لعيادة حوادث السقوط حيث يقوم الفريق متعدد الاختصاصات بمراجعة وضع المريض من كل النواحي بما في ذلك: الأدوية، الرؤية والسمع، التغذية، المشي/ المشية (gait)/ التوازن، المخاطر المحيطة وغيرها وقد قامت NICE بنشر دليل سريري حول تدبير الأشخاص ذوي خطر التعرض لحوادث سقوط.

السؤال 7: أوجز النقاط الأساسية لخطة الرعاية الصيدلانية للسيدة (م.ج)؟

الجواب 7: على خطة الرعاية الصيدلانية للسيدة (م.ج) أن تحدد وتتطرق لكل مشكلة من مشاكلها ويجب أن تبين ماهي الأمور التي يجب مراقبتها للتأكد من تحقيق النتائج العلاجية المرغوبة بأقل قدر من الآثار الضارة.

مشاكل السيدة (م.ج) المحددة هي: سبب السقوط والألم الناجم عن كسر كوليس وألم العضلات الرثوي (PMR) وتخلخل العظام وخطورة حدوث كسور جديدة، وعلى خطة رعايتها أن تكون كالتالي:

(a) مراجعة علاجها الدوائي الحالي وللتأكد من إيقاف أو استبدال أي أدوية تساهم في زيادة خطورة حدوث السقوط إلى أدوية أخرى تقلل من هذه الخطورة كما يجب أن يتم إجراء التداخلات غير الدوائية الأخرى لتقليل خطر حدوث السقوط.

(b) التأكد من تقديم تسكين مناسب باستخدام الباراسيتامول مع أو بدون الكودئين.

(c) مراجعة دواعي الاستمرار بالعلاج بالبريدنيزولون .

(d) وصف علاج مناسب لترقق العظام.

(e) تقديم الاستشارة للسيدة (م.ج) ومقدمي الرعاية لها حول كافة جوانب علاجها الدوائي بما في ذلك أسباب التغيير.

(f) مراقبة التأثيرات الدوائية من حيث الفعالية والآثار الجانبية:

(i) مراقبة الأرق والمشاكل السلوكية.

(ii) التخلص من الألم من خلال التأكد من أن الباراسيتامول

والكودئين يؤمنان تسكيناً فعالاً وعند الضرورة زيادة جرعة

الكودئين أو استبداله بمركب أفيوني مختلف ومراقبة الآثار

الجانبية للكودئين وبخاصة الإمساك.

(iii) مراقبة أعراض الـ (PMR) والواسمات الالتهابية (ESR

وCRP ولزوجة البلاسما).

(iv) مراقبة مستويات الكالسيوم المصلية قبل البدء بالمعالجة

وبفواصل منتظمة بعد ذلك وكلما حدث غثيان أو إقياء.

(g) التأكد من تحويلها للتصوير بالـ (DEXA) للعمود الفقري كل

سنتين.

السؤال 8: ما التغييرات التي يمكن أن تجرئها لمعالجتها الحالية؟

الجواب 8: التغييرات التالية يجب أن تجرى لأدوية السيدة (م.ج):

- (a) تبديل المهدئ الليلي من النيترازيبام إلى التيمازيپام.
- (b) إيقاف العلاج بالهالوبيريدول.
- (c) تبديل السيلاكودئين 500/30 إلى مركبي باراسيتامول 500 ملغ وكودئين 30 ملغ بشكل منفصل.
- (d) مراجعة استخدام البريدنيزلون كون السيدة (م.ج) الآن قد قضت ثلاث سنوات بعد تشخيص ألم العضلات الرثوي (PMR).

السؤال 9: ما هي خيارات العلاج الدوائي التي يمكن أخذها بعين

الاعتبار لترقق العظام لديها؟

الجواب 9: هنالك عدد من الخيارات العلاجية المتوفرة هي:

- (a) البيسفوسفونات مثل الأليندرونات، الريسيدرونات، الإيتيدرونات، الإيباندرونات، الزوليدرونات.
- (b) السترونتيوم رانيلات.
- (c) التيريبارتايد (هرمون جارات الدرق).
- (d) الكالسيونين.
- (e) مشتقات الفيتامين د (الألفاكالسيدول والكالسيترول).
- (f) المكملات الغذائية من الكالسيوم والفيتامين د.
- (g) المعالجة الهرمونية المعیضة (HRT) غير المعاكسة أو مع مركبات ذات مفعول بروجستروني.
- (h) المعالجة بمعدلات مستقبلات الإستروجين الانتقائية (SERM).

السؤال 10: أي من الخيارات تنصح بها لهذه المريضة ولماذا؟

الجواب 10: يجب أن يوصف للسيدة (م.ج) أحد مركبات

البيسفوسفونات مع مكملات الكالسيوم والفيتامين د. لقد عانت السيدة (م.ج) سابقاً من كسور فقرات انهدامية وكسور غير فقرية ناجمة عن رض صغير وهي تمتلك عدداً من العوامل الأخرى التي تجعل منها معرضة بشكل كبير لخطر حدوث ترقق العظام.

كما نوقش فيما سبق فقد ظهر بأن الأليندرونات أو الريسيدرونات بالإضافة للكالسيوم والفيتامين د تقي من فقدان العظم وتقلل من خطر حدوث الكسور الناجمة عن ترقق العظام في كل أنحاء الجسم عند النساء بعد الإياس. إن هذه التوليفة تؤمن أفضل حماية لامرأة بسن السيدة (م.ج) ولقصة الكسور التي أصيبت بها.

السؤال 11: ما هي التداخلات غير الدوائية التي يجب أن تنصح بها للسيدة (م.ج)؟

الاجواب 11: هنالك عدد من التداخلات غير الدوائية التي يجب أن تنصح بها السيدة (م.ج) وهي تتضمن: استخدام واقٍ خارجي للورك والتأكد من حصولها على تغذية كافية (بشكل خاص الكالسيوم والفيتامين د) وزيادة التمارين وتعديلات على البيئة المنزلية.

السؤال 12: ما النقاط الأساسية التي يجب أن تقدم الاستشارة بشأنها للسيدة (م.ج) ولقديم الرعاية لها فيما يخص حالة ترقق العظام لديها؟

الاجواب 12: يجب أن تقدم الاستشارة للسيدة (م.ج) ومقدمي الرعاية لها حول:

- أهمية المعالجة المنتظمة.
- كيفية تناول الأليندرونات.
- النظام الغذائي والتمارين.
- الحاجة إلى تخفيض برنامج المهدئات التي تتناولها ليلاً.
- وضع استراتيجيات ملائمة لحالة الشرود لديها.
- منافع وإقيات الورك.

نظراً لأن الأليندرونات يمكن أن تسبب ارتكاسات مريئية فيجب تناول الأقراص مع كأس مملوء بالماء على معدة فارغة قبل 30 دقيقة على الأقل من تناول أي شراب و/أو الإفطار أو أي دواء آخر يؤخذ عن طريق الفم كما يجب على السيدة (م.ج) عند تناول الأقراص أن تجلس بشكل مستقيم أو تقف لـ 30 دقيقة على الأقل كما يجب عليها ألا تستلقي إلا بعد الإفطار ولا يجوز أخذ الأقراص في وقت النوم أو قبل النهوض من الفراش.

السؤال 13: ما التغييرات في العلاج التي تنصح بها؟

الجواب 13: يجب أن يتم تبديل وصفة الأليندرونات للسيدة (م.ج) إلى مستحضر الـ 70 ملغ الذي يؤخذ مرة واحدة أسبوعياً بالإضافة إلى مستحضر الكالسيوم والفيتامين د الذواب.

يمكن للأليندرونات أن تسبب ارتكاسات مريئية والتي تتضمن التهاب المري أو التقرحات أو التضيقات أو التآكلات erosions. يمكن أن نقلل من هذه المشاكل عبر استخدام مستحضر الـ 70 ملغ الذي يؤخذ مرة واحدة أسبوعياً والمرخص لعلاج ترقق العظام التالي للإياس حيث إنه يحقق ارتفاعاً في الكثافة العظمية بشكل مماثل لمستحضر الـ 10 ملغ الذي يؤخذ يومياً. إن جدول جرعات أقل تكراراً سيساعد السيدة (م.ج) أيضاً على التغلب على الصعوبات في تناول الأقراص.

تتوفر مستحضرات للكالسيوم والفيتامين د على شكل حبيبات فوارة وهي تؤمن الكالسيوم بالإضافة للكمية المستتابة من الفيتامين د في كل ظرف .

السؤال 14: ما هي الغاية من نظام مراجعة استعمال الأدوية (MUR)؟

الجواب 14: إن نظام مراجعة استعمال الأدوية هي استشارات منظمة تهدف لتحديد أي مشاكل يمكن أن يعاني منها المرضى عند تناولهم لأدويتهم حسبما وصف لهم ولنقل التوصيات للطبيب العام المعالج للمريض.

السؤال 15: ما التغييرات التي تنصح بها في علاج السيدة (م.ج)؟

الجواب 15: يجب أن يتم تحويل السيدة (م.ج) لأحد مركبات البيسفوسفونات ذات التأثير المديد أو أن يتم تحويلها لدواء بديل من الخط الثاني مثل السترونتيوم رانيلات.

نظراً لأن السيدة (م.ج) لا زالت تعاني من صعوبات في ابتلاع أقراص الأليندرونات الأسبوعية يمكن أن يتم تحويلها لمركب

بيسفوسفونات مديد التأثير مثل أقراص الإيباندرونات التي تعطى بشكل شهري أو حقن الإيباندرونات التي تعطى كل 3 أشهر أو تسريب الزوليدرونات السنوي أو يتم تحويلها لصنف بديل من الأدوية. في حالة السيدة (م.ج) فإنه من المنطقي أن يتم تحويلها لأقراص إيباندرونات شهرية.

السؤال 16: ما المدة التي يجب أن تستمر بها معالجة ترقق العظام؟
الجواب 16: إن الوقاية من ترقق العظام المعرض بالستيروئيدات يجب أن تتواصل طوال مدة تناول المريض للستيروئيدات القشرية. لم يتم تحديد المدة المثالية للمعالجة بالبيسفوسفونات للوقاية من ترقق العظام التالي للإياس بعد ويجب أن يواصل المريض تناول الكالسيوم والفيتامين د لمدة طويلة.

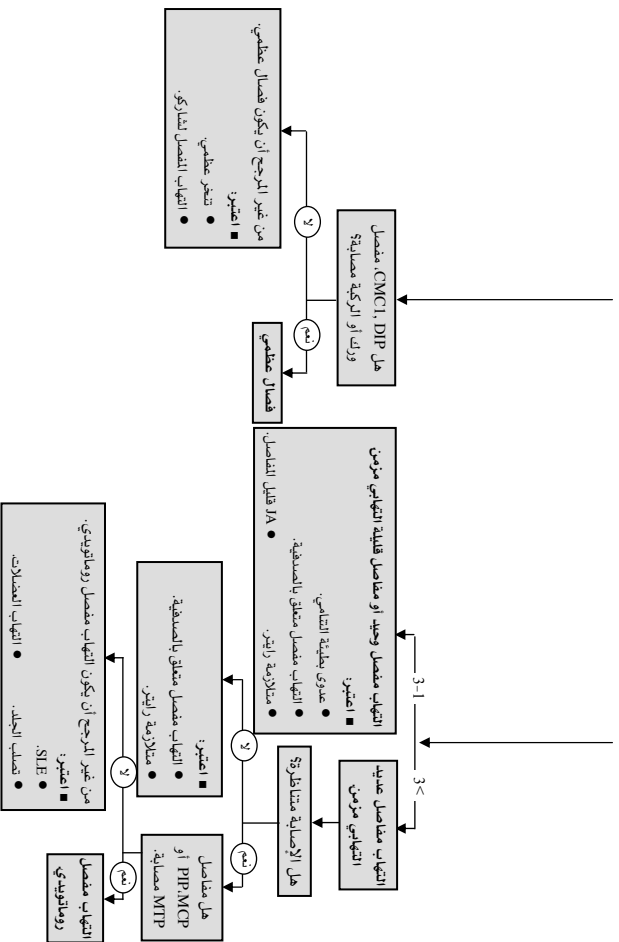
السؤال 17: ما هي فعالية المعالجة بالبيسفوسفونات و/أو الكالسيوم والفيتامين د في تخفيض خطر حدوث كسور؟
الجواب 17: إن الألبندرونات والريسديرونات تقلل بشكل كبير من خطر حدوث كسور ناجمة عن ترقق العظام في كل أنحاء الجسم عند النساء ما بعد الإياس وقد أظهرت الزوليدرونات أنها تخفض بشكل كبير من خطر حدوث كسر ناجم عن ترقق العظام في الفقرات والورك عند النساء ما بعد الإياس وإن الدليل على فعالية البيسفوسفونات الأخرى أقل أهمية. إن الكالسيوم والفيتامين د يخفضان بشكل كبير من الكسور الناجمة عن ترقق العظام في كل أنحاء الجسم عند الأشخاص فوق 65 عاماً. إن الدليل على التقليل من خطر حدوث كسور عند الأشخاص الذين يتناولون الستيروئيدات القشرية لمدة طويلة أقل قوة إحصائياً منه في التداخلات الجراحة على نساء مصابات بترقق العظام التالي للإياس وقد تم الحصول عليه غالباً من التحليل التالي للدراسة post hoc analysis.





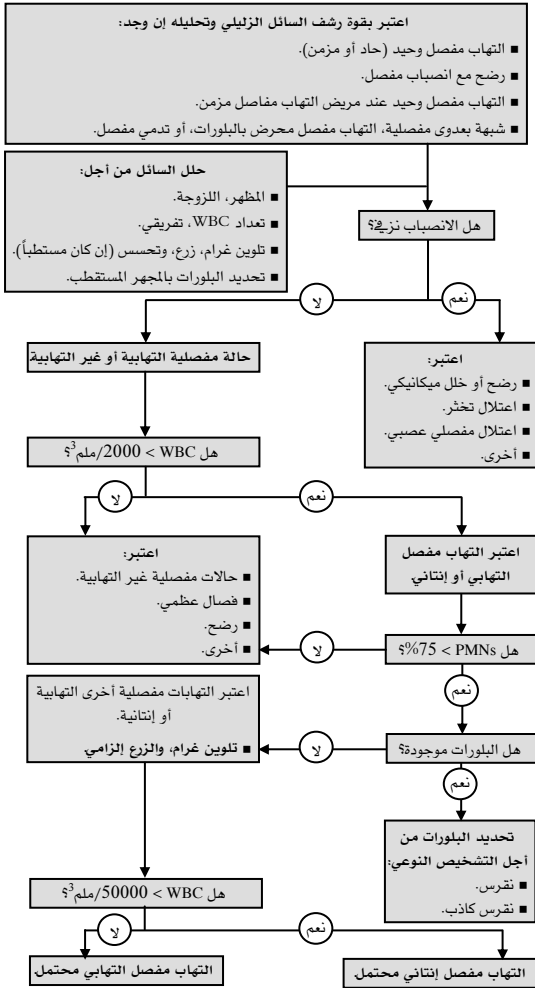
ملاحق

جداول ومخططات مهمة



ESR : سرعة تنفل الكريات الحمراء، CRP : البروتين التفاعلي C-، DIP : بين السلاهي القاصي؛ CMC : رسغي سنهي؛ PIP : بين السلاهي الداني؛ MCP : سنهي سلاهي، MTP : مشطى سلاهي؛ PMR : الام عضلية روماتزمية؛ SLE : ذئبة حمامية مجموعة JA : التهاب مفصل يفيي.

أسلوب خوارزمي لاستخدام وتفسير رشف وتحليل السائل الزليلي



WBC: تعداد كريات الدم البيضاء؛ PMNs: متعددة أشكال النوى (كريات بيض).

الأسباب الرئيسية للتهاب المفصل الوحيد الحاد

في مفصل سليم سابقاً

- التهاب المفصل الإنتاني* .
- التهاب الزليل البلوراتي - النقرس والنقرس الكاذب.
- التظاهر وحيد المفصل لالتهاب عديد أو قليل المفاصل - الارتكاسي، أو الصدايخ أو التهابات الفقار سلبية المصل الأخرى:
 - الحمامي العقدة.
 - التهاب المفاصل الرثياني.
 - التهاب المفاصل اليفعاني مجهول السبب* .
- المرض - خاصة إذا ترافق مع تدمي المفصل.
- تدمي المفصل المرافق لاضطراب التخثر.
- ارتكاس جسم أجنبي (شوكة نباتية مثلاً).

* في الأطفال، يعد التهاب المفاصل اليفعاني مجهول السبب والإنتاني السببان الأكثر شيوعاً، ولكن يمكن لذات العظم والنقى وبيضاض الدم أن يتظاهرا بهذا الشكل

أسباب الالتهاب قليل المفاصل

- التهاب الفقار سلبى المصل:
 - التهاب المفاصل الارتكاسي.
 - التهاب المفاصل الصدايخ.
 - التهاب الفقار المقسط.
 - التهاب المفاصل المرافق لاعتلال الأمعاء.
- الحمامي العقدة.
- التهاب المفاصل اليفعاني مجهول السبب.
- التظاهر قليل المفاصل لالتهاب عديد المفاصل.
- الخمج، متضمناً:
 - التهاب الشغاف الجرثومي.
 - النيسريات.
 - المتقطرات.

أسباب الالتهاب عديد المفاصل	
الميزات	السبب
غير التهابي:	
شائع جداً، متناظر، مفاصل صغيرة وكبيرة، عقيدات هيبردين، فقط بضع مفاصل عرضية في وقت واحد.	■ الفصال العظمي المعمم:
نادر، المفاصل الصغيرة والكبيرة.	■ الصباغ الدموي:
نادر، المفاصل الكبيرة بشكل رئيسي، العمود الفقري.	■ ضخامة النهايات:
التهابي:	
حاد جداً، محدد لذاته.	■ التهاب المفاصل الفيروسي:
متناظر، المفاصل الصغيرة والكبيرة، الأطراف العلوية والسفلية.	■ التهاب المفاصل الرثياني:
غير متناظر المفاصل الكبيرة < الصغيرة، أطراف سفلية < علوية، التهاب الفقار.	■ التهاب الفقار سلبي المصل (الصدائي، الارتكاسي، التهاب الفقار المقسط، اعتلال المفاصل المرافق لاعتلال معوي):
متناظر، المفاصل الصغيرة < الكبيرة، الأذية المفصالية غير شائعة.	■ الدأب:
المفاصل القاصية < الدانية، يسبقه هجمات حادة.	■ النقرس المزمّن:
متناظر، المفاصل الصغيرة والكبيرة والأطراف العلوية والسفلية.	■ التهاب المفاصل اليفعاني مجهول السبب:
متناظر، المفاصل الصغيرة والكبيرة.	■ السااركويد المزمّن:
نادر، المفاصل الصغيرة والكبيرة.	■ التهاب العضلات العديد والتصلب المجموعي:
نادر، المفاصل الكبيرة < الصغيرة، تبقراط الأصابع.	■ اعتلال المفاصل العظمي الضخامي:

المعايير التشخيصية لالتهاب المفصل الرثياني

الحاجة لـ 4 معايير أو أكثر للتشخيص:	
(1)	يبوسة صباحية (< 1 ساعة) لـ 6 أسابيع.
(2)	تورم المعصمين والـ MCPs والـ PIPs لـ 6 أسابيع.
(3)	تورم 3 مفاصل لـ 6 أسابيع.
(4)	تورم مفصل متناظر لـ 6 أسابيع.
(5)	عقيدات رثيانية.
(6)	تغيرات شعاعية تآكلية لالتهاب الغشاء الزليلي في اليدين.
(7)	إيجابية العامل الرثياني.
MCPs: المفاصل السنية السلامية PIPs: المفاصل بين السلامية الدانية	

معايير جونز لحمى الروماتزم

المعايير الصغيرة	المعايير الكبيرة
<ul style="list-style-type: none"> ■ سريرية: ● حمى. ● آلام مفصلية. ■ مخبرية: ● ارتفاع متفاعلات الطور الحاد. ● تطاول فترة PR. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ التهاب قلب. ■ التهاب مفاصل متعددة هاجر. ■ رقص سيدنهام. ■ عقيدات تحت الجلد. ■ حمامى هامشية.
<p>زائد:</p> <p>دليل داعم لعدوى حديثة بالعقديات من الزمرة A.</p> <p>(مثال: زرع إيجابي من الحلق أو إيجابية اختبار الكشف المستضدي السريع؛ و/ أو اختبار ضد العقديبة مرتفع أو متزايد).</p>	

المعايير التشخيصية لـ SLE

4 أو أكثر مما يلي خلال سير المرض 98% نوعية و97% حساسية

1) تحسس ضيقاني.	المعايير المخاطية الجلدية (4):
2) طفح وحشي، حمامي ثابتة على البارزتين الوجيهتين.	
3) قرحات بلمومية ألمية وفموية.	
4) طفح قرصبي، آفات حمامية مرتفعة.	
5) التهاب مفاصل (غير تآكلي، مفصلين أو أكثر، متناظر).	المعايير الجهازية العضوية (5):
6) التهاب الصليبات - الخشب أو التامور.	
7) كلوية - بيلة بروتينية أو أسطوانيات خلوية.	
8) تغيرات دموية (فقر دم انحلافي وانخفاض الكريات البيض والصفائح).	
9) مظاهر نفسية عضوية (نوب أو ذهان).	
10) الأضداد المضادة لسميت أو المضادة للوسفوليميدات أو المضادة لـ DNA ds.	المعايير المخبرية (2):
11) ANA إيجابي.	

الرشفة المصغية في الاضطرابات الرئوية الشائعة

المجهز / الاستقطاب	المصغية	تعداد الكريات البيض	
سليبي	وحدات / لغاويات	2000 إلى > 1000	الداء المصغلي التنكسي (DD): التهاب المفصل الرضحي؛ التهاب المفصل الرئوي؛ التهاب المفصل الإبتاني؛ التهاب المفصل الإبتاني*؛
سليبي	مفصصة التوى	5000 إلى 50000	التهاب المفصل الإبتاني؛ التهاب المفصل الإبتاني*؛
يورات أحادية الصوديوم / سليبي يشدة	مفصصة التوى	75000 إلى 5000	التهاب المفصل الإبتاني*؛
CPPD / إيجابي ضعيف	مفصصة التوى	75000 إلى 5000	التهاب المفصل الإبتاني*؛
سليبي	مفصصة التوى	50000 إلى < 100000	التهاب المفصل الإبتاني*؛

*CPPD: مرض ترسب بيرو فوسفات الكالسيوم.

أضداد الـ ANA

يُشاهد في	تحت صنف	الضد
الذئب الحمامي الجهازى SLE.	محيطي Peripheral	انماط الـ ANA بالتاق الومضاني Fluorescent ANAs:
غير نوعي، يُشاهد في SLE، الذئب المحرض بالأدوية وفي الداء الروماتيزي RA (عيار قليل). يمكن أن تُشاهد عبارات قليلة في المئين الطبيعيين.	منتشر Diffuse	
غير نوعي، يمكن أن تُشاهد عبارات مرتقمة في MCTD. يمكن مشاهدة عبارات منخفضة في الأشخاص المئين الطبيعيين.	منتقط Speckled	
	قسم مركزي Centromere:	
	نويي Nuclear:	

في تصلب الجلد الحدود (كريست CREST) والتشمع المصغراوي البديهي.

تصلب الجلد، متلازمة جوغرن.

يُشاهد في	تحت صنف	الضد
<p>فقط في SLE (60-70%)، كذلك يعد مؤشرًا على فعالية المرض (مثل مستويات التكملة)، أضداد ds-DNA لا تحدث في الذئب المعرض بالأدوية.</p> <p>تشاهد فقط في SLE (25%).</p>	<p>أضداد ds-DNA (أو DNA الاصيل):</p>	<p>أنماط ANA النوعية : Specific ANAs</p>
<p>SLE، الذئب الوليدي، متلازمة جوغرن، وفي الذئب سلسي ال ANA. عادة لا تشاهد في تصلب الجلد ولكن ربما تشاهد في مرضى التهاب المفاصل، في الذئب الوليدي، تنتقل هذه الأضداد بشكل متفعل من الأم وتختفي في حوالي 6 أشهر. يترافق DR مع SS-A.</p>	<p>أضداد سميت Sm:</p> <p>أضداد SS-A (RO):</p>	
<p>توجد عادة في SLE ومتلازمة جوغرن (30%)، توجد أحياناً في مرضى لديهم SS-A إيجابي.</p>	<p>أضداد SS-B (La):</p> <p>أضداد U₁-RNP:</p>	
<p>الذئب المعرض بالأدوية (95%) وفي SLE (25%)، يستخدم بشكل رئيسي لتفى الذئب المعرض بالأدوية.</p>	<p>أضداد الهستون:</p>	
<p>يُقَرَأ هذا الاختبار من خلال اختبار ال ANA.</p> <p>يُقَرَأ هذا الاختبار من خلال اختبار ال ANA.</p>	<p>أضداد القسم المركزي:</p> <p>أضداد التنوات:</p>	
<p>تصلب الجلد المنتشر.</p>	<p>أضداد التوبويزوميراز 1:</p>	

متلازمة كريست CREST

C	Calcinosis cutis كلاس جلدي
R	Raynaud رينو
E	Lower Esophageal dysfunction خلل وظيفة المري السفلي
S	Sclerodactyly تصلب الأصابع
T	Telangiectasias توسع الشعريات الدموية

الاضطرابات الكيميائية الحيوية في أمراض العظم المختلفة

25 (OH) المصلي D	PTH المصلي	الفوسفاتاز القلوية المصلية	فوسفات المصل	كالسيوم المصل	
↓ أو N	N	N	N	N	تخلخل العظام:
N	↑ أو N	↑↑	N	N	داء باجيت:
N	↑↑↑	↑	↑↑	↓	الحثل العظمي الكلوي:
↓	↑↑	↑↑	↓ أو N	↓ أو N	تلين العظام بعوز فيتامين D:
N	N	↑↑	↓↓↓	N	الكساح ناقص الفوسفات:
N = طبيعي					

العوامل التي تهب لفرط حمض البول المزمّن والنقرس

الإطراح الكلوي الناقص – شائع:

- العيب الأنبوبي الكلوي المعزول الوراثي (طارحو حمض بول دون المستوى الطبيعي (Under- excretors).
- القصور الكلوي.
- المعالجة الدوائية المزمّنة:
 - مدرات العروة والتيازيدية.
 - الأسبرين منخفض الجرعة.
 - السيكلوسبورين.
 - البيرازيناميد.
- التسمم بالرصاص (كما في شاربي Moonshine).
- الحمض اللبني (الكحول).

زيادة إنتاج حمض البول – غير شائع:

- زيادة قلب البيورين:
 - الاضطرابات الكاثارية النقية أو للمفاوية المزمّنة (كما في كثرة الحمر، الابيضاض اللمفاوي المزمّن).
- التركيب المتكرر المزداد (منتجو حمض بول فوق المستوى الطبيعي Over-producers):
 - اضطراب غير محدد (الأكثر شيوعاً).
 - عيب أنزيم معين (نادر):
 - عوز هيبوكزانتين – غوانين فوسفوريبوزيل ترانسفيراز، فرط فعالية فوسفوريبوزيل بيروفوسفات سينثاز.
 - عوز غلوكوز – 6 فوسفات.

أسباب تخلخل العظام ومظاهر التخلخل العظمي

الداء الغدي الصماوي:	
■ قصور الأقتاد*.	■ فرط نشاط جارات الدرق.
■ فرط نشاط الدرق.	■ متلازمة كوشينغ.
الداء الالتهابي:	
■ الداء المعوي الالتهابي.	■ التهاب المفاصل الرثياني.
■ التهاب الفقار المقسط.	
الأدوية:	
■ الستيروئيدات القشرية.	■ المركّبات.
■ مشابهاة الهرمون المحرر	■ مضادات الاختلاج.
■ للمنميات القندية GnRh*.	■ فرط تناول الكحول.
■ مثبّطات الأروماتاز.	■ الهيبارين.
■ فرط الإعاضة بالتيروكسين.	
الداء الهضمي:	
■ سوء الامتصاص.	■ الداء الكبدي المزمن.
أسباب متفرقة:	
■ الورم النقوي.	■ داء غوشر.
■ بيلة الهوموسيستئين.	■ داء الخلايا البدينة الجهازية.
■ القمه العصبي*.	■ عدم الحركة Immobilisation.
■ الرياضيون المفرطو التدريب*.	■ الحمية الفقيرة/ انخفاض وزن الجسم.
* يلعب قصور الأقتاد دوراً هاماً في تخلخل العظام المرافق لهذه الحالات.	





ملاحق

القيم المرجعية لأهم التحاليل المخبرية

القيمة المرجعية لآثار التحاليل المخبرية (الدراسات الدموية والتخثر)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Activated clotting time	WB	70-180 s	70-180 seconds
Bleeding time (adult)		<7.1 min	<7.1 min
Clot retraction	WB	0.50-1.00/2 h	50-100%/2 h
D-Dimer	P	0.22-0.74 µg/mL	0.22-0.74 µg/mL
Differential blood count	WB		
Neutrophils		0.40-0.70	40-70%
Bands		0.0-0.05	0-5%
Lymphocytes		0.20-0.50	20-50%
Monocytes		0.04-0.08	4-8%
Eosinophils		0.0-0.6	0-6%
Basophils		0.0-0.02	0-2%
Eosinophil count	WB	150-300/µL	150-300/mm ³

القيمة المرجعية لآثار التحاليل المخبرية (الدراسات الدموية والتخثر)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Erythrocyte count	WB	Adult males	4.30–5.60 × 10 ¹² /L
		Adult females	4.00–5.20 × 10 ¹² /L
Erythrocyte sedimentation rate	WB	Females	0–20 mm/h
		Males	0–15 mm/h
Fibrinogen	P	2.33–4.96 g/L	233–496 mg/dL
Glucose-6-phosphate dehydrogenase (erythrocyte)	WB	< 2400 s	<40 min
Ham's test (acid serum)	WB	Negative	Negative
Hematocrit	WB	Adult males	0.388–0.464
		Adult females	0.354–0.444
		Adult females	0.354–0.444

القيمة المرجعية لآثار التحاليل المخبرية (الدراسات الدموية والتخثر)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Hemoglobin	P	6-50 mg/L	0.6-5.0 mg/dL
Plasma	WB		
Whole blood		133-162 g/L	13.3-16.2 g/dL
Adult males		120-158 g/L	12.0-15.8 g/dL
Adult females			
Hemoglobin electrophoresis	WB		
Hemoglobin A		0.95-0.98	95-98%
Hemoglobin A ₂		0.015-0.031	1.5-3.1%
Hemoglobin F		0-0.02	0-2.0%
Hemoglobins other than A, A ₂ , or F		Absent	Absent
Leukocytes			
Alkaline phosphatase (LAP)	WB	0.2-1.6 μ kat/L	13-100 μ L
Count (WBC)	WB	$3.54-9.06 \times 10^9/L$	$3.54-9.06 \times 10^3/mm^3$

الفترة المرجعية لآثار التحاليل المخبرية (الدراسات الدموية والتخثر)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Mean corpuscular hemoglobin (MCH)	WB	26.7–31.9 pg/cell	26.7–31.9 pg/cell
Mean corpuscular hemoglobin concentration (MCHC)	WB	323–359 g/L	32.3–35.9 g/dL
Mean corpuscular hemoglobin of reticulocytes (CH)	WB	24–36 pg	24–36 pg
Mean corpuscular volume (MCV)	WB	79–93.3 fL	79–93.3 μm^3
Mean platelet volume (MPV)	WB	9.00–12.95 fL	9.00–12.95 μm^3
Partial thromboplastin time, activated	P	26.3–39.4 s	26.3–39.4 s
Platelet count	WB	165–415 $\times 10^9/\text{L}$	165–415 $\times 10^3/\text{mm}^3$
Prothrombin time	P	12.7–15.4 s	12.7–15.4 s
Red cell distribution width	WB	< 0.145	< 14.5%

الفترة المرجعية لآثار التحاليل المخبرية (الدراسات الدموية والتخثر)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Reticulocyte count	WB		
Adult males		0.008–0.023 red cells	0.8–2.3% red cells
Adult females		0.008–0.020 red cells	0.8–2.0% red cells
Sickle cell test	WB	Negative	Negative
Thrombin time	P	15.3–18.5 s	15.3–18.5 s
Total eosinophils	WB	150–300 × 10 ⁶ /L	150–300/mm ³

P: plasma; **WB:** whole blood.

القيمة المرجعية للدهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيميائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Adrenocorticotropin (ACTH)	P	1.3–16.7 pmol/L	6.0–76.0 pg/mL
Alanine aminotransferase (ALT, SGPT)	S	0.12–0.70 μ kat/L	7–41 U/L
Albumin	S		
Female		41–53 g/L	4.1–5.3 g/dL
Male		40–50 g/L	4.0–5.0 g/dL
Aldolase	S	26–138 nkat/L	1.5–8.1 U/L
Aldosterone (adult)			
Supine, normal sodium diet	S, P	55–250 pmol/L	2–9 ng/dL
Upright, normal sodium diet	S, P		2–5-fold increase over supine value
Supine, low-sodium diet	S, P		2–5-fold increase over normal sodium diet level
	U	6.38–58.25 nmol/d	2.3–21.0 μ g/24 h

القياس المرجعية للأهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Amylase (method dependent)	S	0.34–1.6 $\mu\text{kat/L}$	20–96 U/L
Angiotensin-converting enzyme (ACE)	S	0.15–1.1 $\mu\text{kat/L}$	9–67 U/L
Anion gap	S	7–16 mmol/L	7–16 mmol/L
Arterial blood gases			
$[\text{HCO}_3^-]$		22–30 mmol/L	22–30 meq/L
PCO_2		4.3–6.0 kPa	32–45 mmHg
pH		7.35–7.45	7.35–7.45
PO_2		9.6–13.8 kPa	72–104 mmHg
Aspartate aminotransferase (AST, SGOT)	S	0.20–0.65 $\mu\text{kat/L}$	12–38 U/L
Bilirubin	S		
Total		5.1–22 $\mu\text{mol/L}$	0.3–1.3 mg/dL
Direct		1.7–6.8 $\mu\text{mol/L}$	0.1–0.4 mg/dL
Indirect		3.4–15.2 $\mu\text{mol/L}$	0.2–0.9 mg/dL

القيوم المرجعية لاهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمياء الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Calcitonin	S		
Male		3-26 ng/L	3-26 pg/mL
Female		2-17 ng/L	2-17 pg/mL
Calcium	S	2.2-2.6 mmol/L	8.7-10.2 mg/dL
Cortisol			
Fasting, 8 A.M.-12 noon	S	138-690 nmol/L	5-25 µg/dL
12 noon-8 P.M.		138-414 nmol/L	5-15 µg/dL
8 P.M.-8 A.M.		0-276 nmol/L	0-10 µg/dL
C-reactive protein	S	0.2-3.0 mg/L	0.2-3.0 mg/L
Creatine kinase (total)	S		
Females		0.66-4.0 µkat/L	39-238 U/L
Males		0.87-5.0 µkat/L	51-294 U/L

القيمة المرجعية لاهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Creatine kinase-MB Mass	S	0.0-5.5 µg/L	0.0-5.5 ng/mL
		Fraction of total activity (by electrophoresis)	0-0.04
Creatinine Female	S	44-80 µmol/L	0.5-0.9 ng/mL
		Male	53-106 µmol/L
Erythropoietin	S	4-27 U/L	4-27 U/L
Ferritin	S	10-150 µg/L	10-150 ng/mL
			Male

القيوم المرجعية لاهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Free testosterone, adult	S		
Female		2.1–23.6 pmol/L	0.6–6.8 pg/mL
Male		163–847 pmol/L	47–244 pg/mL
Gastrin	S	<100 ng/L	<100 pg/mL
Glucagon	P	20–100 ng/L	20–100 pg/mL
Glucose (fasting)	P		
Normal		4.2–6.1 mmol/L	75–110 mg/dL
Impaired glucose tolerance		6.2–6.9 mmol/L	111–125 mg/dL
Diabetes mellitus		>7.0 mmol/L	>125 mg/dL
Glucose, 2 h postprandial	P	3.9–6.7 mmol/L	70–120 mg/dL
Growth hormone (resting)	S	0.5–17.0 µg/L	0.5–17.0 ng/mL

القيمة المرجعية لاهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Iron	S	7-25 µmol/L	41-141 µg/dL
Iron-binding capacity	S	45-73 µmol/L	251-406 µg/dL
Lactate dehydrogenase	S	2.0-3.8 µkat/L	115-221 U/L
Lipase (method dependent)	S	0.51-0.73 µkat/L	3-43 U/L
Magnesium	S	0.62-0.95 mmol/L	1.5-2.3 mg/dL
Osmolality	P	275-295 mOsmol/kg serum water	275-295 mOsmol/kg serum water
	U	500-800 mOsmol/kg water	500-800 mOsmol/kg water

القيمة المرجعية لاهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Oxygen content	WB		
Arterial (sea level)		17-21	17-21 vol%
Venous (sea level)		10-16	10-16 vol%
Oxygen percent saturation (sea level)	WB		
Arterial		0.97	94-100%
Venous, arm		0.60-0.85	60-85%
Parathyroid hormone (intact)	S	8-51 ng/L	8-51 pg/mL
Phosphorus, inorganic	S	0.81-1.4 mmol/L	2.5-4.3 mg/dL
Phosphatase, alkaline	S	0.56-1.63 μ kat/L	33-96 U/L
Potassium	S	3.5-5.0 mmol/L	3.5-5.0 meq/L
Prolactin	S	0-20 μ g/L	0-20 ng/mL

القياس المرجعية للأهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمائية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Protein fractions	S		
Albumin		35-55 g/L	3.5-5.5 g/dL (50-60%)
Globulin		20-35 g/L	2.0-3.5 g/dL (40-50%)
Alpha ₁		2-4 g/L	0.2-0.4 g/dL (4.2-7.2%)
Alpha ₂		5-9 g/L	0.5-0.9 g/dL (6.8-12%)
Beta		6-11 g/L	0.6-1.1 g/dL (9.3-15%)
Gamma		7-17 g/L	0.7-1.7 g/dL (13-23%)
Protein, total	S	67-86 g/L	6.7-8.6 g/dL
Rheumatoid factor	S, JF	<30 KIU/L	<30 IU/mL
Sodium	S	136-146 mmol/L	136-146 meq/L
Thyroglobulin	S	0.5-53 µg/L	0.5-53 ng/mL
Thyroid-binding globulin	S	13-30 mg/L	1.3-3.0 mg/dL

القيوم المرجعية للاهم التحاليل المخبرية (الدراسات الكيمياءية الحيوية)

Analyte	Specimen	SI Units	Conventional Units
Thyroid-stimulating hormone	S	0.34-4.25 mIU/L	0.34-4.25 µIU/mL
Thyroxine, free (FT ₄)	S	10.3-21.9 pmol/L	0.8-1.7 ng/dL
Thyroxine, total (T ₄)	S	70-151 nmol/L	5.4-11.7 µg/dL
Transferrin	S	2.0-4.0 g/L	200-400 mg/dL
Triglycerides	S	0.34-2.26 mmol/L	30-200 mg/dL
Urea nitrogen	S	2.5-7.1 mmol/L	7-20 mg/dL
Uric acid	S		
Females		0.15-0.33 µmol/L	2.5-5.6 mg/dL
Males		0.18-0.41 µmol/L	3.1-7.0 mg/dL

P: plasma; **S:** serum; **U:** urine; **WB:** whole blood; **JF:** joint fluid.

القيم المرجعية لاهم التحاليل المخبرية (تصنيف الكوليسترول، LDL والجلي HDL)

Analyte	SI Units	Conventional Units
LDL cholesterol	<2.59 mmol/L	<100 mg/dL
Total cholesterol		
Desirable	<5.17 mmol/L	<200 mg/dL
Borderline high	5.17–6.18 mmol/L	200–239 mg/dL
High	≥6.21 mmol/L	≥240 mg/dL
HDL cholesterol		
Low	<1.03 mmol/L	<40 mg/dL
High	≥1.55 mmol/L	≥60 mg/dL

المصدر: مبادئ الطب الباطني (هاريسون).

المراجع

- MedStudy - Internal Medicine.
- NMS - National Medical Series for Independent Study (Medicine).
- NMS - National Medical Series for Independent Study (Surgery).
- PreTest Physical Diagnosis.
- Secrets Physical Diagnosis.
- Schwartz - Principles of Surgery.
- Drugs in Use .
- Harrison's - Principles of Internal Medicine.

- أسئلة دورات جامعة دمشق.
- أسئلة دورات جامعة حلب.
- أسئلة دورات جامعة تشرين.
- أسئلة الامتحان الوطني (حتى دورة أيلول 2011).
- 530 سؤالاً وجواباً في الطب العام.
- أسئلة في الجراحة العامة (غرين فيلد).
- المعين الدوائي في الممارسة السريرية.
- الأمراض المفصلية (ديفيدسون).