

بخش اول: روماتولوژی

فهرست مطالب

- فصل ۱: اختلالات پری آرتریکولار اندام ها..... ۱
- فصل ۲: درد گردن و کمر درد..... ۱
- فصل ۳: استئو آرتريت..... ۳
- فصل ۴: آرتريت عفونی..... ۵
- فصل ۵: آرتريت روماتوئيد..... ۷
- فصل ۶: واسکوليت ها..... ۱۰
- فصل ۷: آرتروپاتی کریستالی..... ۱۲
- فصل ۸: اسکلرودرما و اسکلروز سيستمیک..... ۱۴
- فصل ۹: اسپوندیلوآرتريت..... ۱۸
- فصل ۱۰: رویکرد به بیماری های مفصلی و اسکلتی عضلانی..... ۱۹
- فصل ۱۱: لوپوس..... ۲۰

درمان استئوآرتريت

درمان های غیر دارویی

- ✓ نکته جدید: کاهش وزن در درمان OA زانو بیشترین تاثیر را دارد. (و سپس هیپ)
- ✓ نکته جدید: کفش های اصلاح شده با نیم کره های لاستیکی در کف آنها که باعث تعدیل توزیع فشار در زانو میشوند به ویژه اگر چندین ماه استفاده شوند مفید هستند.
- ✓ نکته جدید: در بیماران مبتلا به درد مقاوم OA، تخریب اعصاب مفصل با رادیوفریکوئسنسی باعث تسکین درد طولانی مدت می شود، اگرچه ایمنی طولانی مدت این روش ناشناخته است.

درمان های دارویی

نکته تغییر کرده:

جمله قدیمی: استامینوفن (پاراستامول) مسکن انتخابی اولیه برای بیماران مبتلا به OA زانو، لگن یا دست است.
 جمله جدید اثر درمانی استامینوفن (پاراستامول) در OA اندک است و از نظر بالینی معنی دار نیست. هر چند در برخی از بیماران ممکن است کافی باشد و نیاز به NSAIDs را رفع میکند تغییر کرده است.

نکته تغییر کرده

جمله قدیمی: اپیوئیدها در موارد مقاوم میتوانند امتحان شوند.
 جمله جدید: اپیوئیدها در درمان OA مفصل ران یا زانو فقط کارایی کوتاه مدت اندکی دارند و در درازمدت فایده نامشخصی دارند و با توجه به نگرانی در مورد وابستگی به اپیوئید، باید از آنها اجتناب شود. اگر NSAID ها بی اثر باشند، یکی از گزینه ها استفاده از دولوکستین است که اثربخشی متوسطی در استئوآرتريت دارد و به ویژه زمانی که درد زانو بخشی از سندرم درد گسترده باشد ممکن است موثر باشد.

درمان جراحی

نکته تقریباً جدید: آرتروپلاستی درد را در تقریباً تمام بیمارانی که تعویض مفصل ران انجام می دهند حذف میکند اما این عدد در آرتروپلاستی زانو ۸۰ درصد است.

✓ نکته جدید: در صورت وجود موارد منع مصرف متوترکسات مانند بیماری مزمن کبدی یا مصرف الکل بیش از دو drink در روز برای مردان یا بیش از یک drink برای زنان، جایگزین معمول داروهای DMARD مانند سولفاسالازین یا هیدروکسی کلروکین باید بصورت مونوتراپی استفاده شود. البته در ادامه ذکر شده که اغلب درمان ترکیبی از چند DMARDs برای درمان RA استفاده می شود!

۲. Biologic DMARDs

✓ نکته جدید: ترکیب چند داروی بیولوژیک نباید استفاده شود.

✓ نکته جدید: طی ۱۲ ماه قبل از شروع داروی بیولوژیک، باید غربالگری توپرکلوز با PPD یا IGRA انجام شود.

۳. سایر مراقبت های پزشکی مورد نیاز در آرتريت روماتوئید

✓ نکته جدید: قبل از شروع داروی بیولوژیک یا DMARDs، باید غربالگری هپاتیت B و C انجام شود.

✓ نکته جدید: واکسن های زنده نباید همزمان با داروهای بیولوژیک استفاده شوند.

✓ نکته تغییر کرده: بیماران RA اگر در معرض خطر هستند باید واکسن پنوموکوک، هپاتیت B و آنفلوانزا بزنند (در ویرایش قبلی، برای تمام بیماران توصیه شده بود)

✓ نکته تغییر کرده: واکسن هرپس زوستر در افراد بالای ۵۰ سال تزریق شود (در ویرایش قبلی، محدوده سنی ذکر نشده بود)

✓ نکته جدید: ارزیابی استئوپوروز در RA به کمک غربالگری دوره ای با DEXA، شرح حال فامیلی شکستگی، سابقه مصرف سیگار و مصرف کافی ویتامین D انجام می شود. ورزشهای هوازی متوسط نیز بطور روتین برای سلامت استخوانی این بیماران توصیه می شود.

✓ نکته جدید: توصیه های درمان لیپید در RA، در حال حاضر با بیماران معمولی غیر RA تفاوتی ندارد. هایپرنتشن هم با درد و هم با وجود داروهایمانند NSAID ها و گلوکوکورتیکوئیدها تشدید می شود و باید بر اساس دستورالعمل های فعلی نظارت و درمان شوند.

✓ نکته جدید: رادیوگرافی فلکشن و اکستنشن ستون فقرات گردنی باید قبل از بیهوشی عمومی برای ارزیابی بی ثباتی مفصل آتلانتو-اکسیپیتال در نظر گرفته شود.

✓ قبل از جراحی، داروهای بیولوژیک باید برای یک دوره قطع شوند اما سایر DMARDs های مرسوم (مانند متوترکسات) میتوانند در طول جراحی تعویض مفصل استفاده شوند و پیامد جراحی و RA را نیز بهبود می بخشند.

✓ سیگار قوی ترین ریسک فاکتور محیطی RA است.

این جدول که مربوط به امتیازبندی جدید علائم لوپوس هست به رفرنس اضافه شده است.

جدول ۴-۸۱ کرایتریای EULAR/ACR۲۰۱۹ برای طبقه بندی لوپوس			
کرایتریای ورود: تیترا ANA بزرگتر یا مساوی ۱:۸۰			
اگر کرایتریای ورود برقرار نبود، لوپوس مطرح نمی باشد. اگر کرایتریای ورود برقرار باشد، کرایتریای additive به کار می رود.			
<p>کرایتریای Additive</p> <p>اگر برای یک کرایتریا، علت محتمل تری نسبت به لوپوس مطرح باشد، آن کرایتریا حساب نمی شود. وقوع یک کرایتریا در حداقل یک موقعیت کافی است.</p> <p>طبقه بندی لوپوس نیازمند حداقل یک کرایتریای بالینی و امتیاز بزرگتر یا مساوی ۱۰ این کرایتریا لازم نیست همزمان بروز کنند. {بروز در زمان های مختلف هم قابل قبول است} در هر دُمین تنها کرایتریایی که بیشترین امتیاز را دارد در امتیاز کل محاسبه می شود. (الف)</p>			
امتیاز	دمین و کرایتریای بالینی	امتیاز	دمین و کرایتریای بالینی
	موکوتائوس		Constitutional
۲	آلپسی غیر اسکار گذار	۲	تب
۲	زخم های دهانی		هماتولوژیک
۴	لوپوس پوستی تحت حاد یا لوپوس دیسکوئید	۳	لکوپنی
۶	لوپوس پوستی حاد	۴	ترومبوسیتوپنی
	سروزی	۴	همولیز اتوایمیون
۵	افیوژن پلورال یا پریکاردیال		عصبی - روانی
۶	پریکاردیت حاد	۲	دلیریوم
	کلیوی	۳	سایکوز
۴	پروتئینوری بیشتر از ۰.۵ گرم در ۲۴ ساعت	۵	تشنج
۸	بیوپسی کلیوی نفریت لوپوسی کلاس ۲ یا کلاس ۵		موسکلواسکتال
۱۰	بیوپسی کلیوی نفریت لوپوسی کلاس ۳ یا کلاس ۴	۶	درگیری مفاصل
امتیاز	دمین و کرایتریای ایمونولوژی	امتیاز	دمین و کرایتریای ایمونولوژی
	آنتی بادی های اختصاصی لوپوس		آنتی بادی آنتی فسفولیپید
۶	Anti-dsDNA یا Anti-smith	۲	آنتی بادی آنتی کاردیولیپین یا آنتی بادی آنتی β۲ گلیکوپروتئین I یا آنتی بادی لوپوس آنتی کوآگلان
	اگر کرایتریای ورود برقرار باشد و امتیاز بزرگتر یا مساوی ۱۰ را داشته باشد، لوپوس می باشد		پروتئین کمپلمان
		۳	C3 یا C4 پایین
		۴	C3 و C4 پایین

بخش دوم: نفرولوژی

توجه: تغییرات درس نفرولوژی در هر دو رفرنس هاریسون و سیسیل جزئی بوده است.

فهرست مطالب

- فصل ۱: ساختار و عملکرد کلیه..... ۱
- فصل ۲: بیماری های گلومرولی..... ۱
- فصل ۳: بیماری های غیر گلومرولی..... ۳
- فصل ۴: بیماری های کیستیک کلیه..... ۴
- فصل ۵: بیماری های عروقی کلیه..... ۶
- فصل ۶: آسیب حاد کلیه..... ۸
- فصل ۷: بیماری مزمن کلیه..... ۹
- فصل ۸: اسید و باز..... ۱۰
- فصل ۹: عفونت های ادراری..... ۱۰

نفریت بینابینی مزمن

مبحث نفروپاتی مزوامریکن اضافه شده است.

- نفروپاتی مزوامریکن یک CKD پیشرفته با علت غیرسنتی ست که در دو دهه گذشته شناخته شده و برای اولین بار در کارگران کشاورزی پنبه و نیشکر در آمریکای مرکزی کشف شد.
- مهمترین عامل خطر آن فعالیت فیزیکی شدید و طولانی در هوای گرم و مرطوب است.
- جنس مذکر، توده بدنی پایین، فرآورده های با فروکتوز بالا، تماس با فلزات سنگین، نفروتوکسین ها، داروهای ضدالتهاب غیراستروئید و بیماریهای عفونی شامل لپتوسپیروز و هانتاویروس می باشد.
- هنوز مکانیسم قطعی این بیماری کشف نشده اما به نظر می رسد تکرار تنش های گرمایی و کم آبی بدن باعث فعال شدن سیستم رنین آنژیوتانسین آلدوسترون و افزایش استرس اکسیداتیو بدن می شود.
- بیماران معمولاً مردان جوان یا میانسال با فشارخون نرمال، ادم خفیف و گاهی سابقه دیزوری و ناکچوری می باشند.
- افزایش کراتینین، کاهش پتاسیم و منیزیم، افزایش اوره دیده می شود و معمولاً هماچوری و پروتئینوری ندارند.
- در سونوگرافی کاهش سایز کلیه ها و نازک شدن کورتکس ها
- در پاتولوژی آسیب های توبولواینترستیسیال و گلومرواسکلروز و ایسکمی مزمن گلومرول ها دیده می شود.
- درمان حمایتی است.

فصل ۴: بیماری های کیستیک کلیه

کرایتریای سونوگرافیک ADPK: در ورژن قبل توضیحاتی در متن داده شده بود. ولی در ورژن جدید، جدول زیر به صورت کامل اضافه شده است.

سابقه خانوادگی مثبت	
تعداد کیست ≤ 2 عدد در یک یا دو طرف	سن کمتر از ۳۰ سال
تعداد کیست ≤ 3 عدد در یک یا دو طرف	سن ۳۰ تا ۳۹ سال
تعداد کیست ≤ 2 عدد در هر کلیه	سن ۴۰ تا ۵۹ سال
تعداد کیست ≤ 4 عدد در هر کلیه	سن ۶۰ به بالا
بدون سابقه فامیلی	
تعداد کیست < 10 عدد در هر کلیه	سن ۱۶ تا ۴۰ سال